

Sesgos Cognitivos en la Toma de Decisiones Clínicas: Implicaciones para la Práctica Psicológica

Cognitive Biases in Clinical Decision-Making: Implications for Psychological Practice

Alberto Paramio^a

Abstract:

Background/Objectives: Clinical psychologists are routinely required to make complex decisions under uncertainty, often with incomplete information and within emotionally and institutionally demanding contexts. A substantial body of evidence from cognitive psychology demonstrates that these decisions are vulnerable to systematic distortions known as cognitive biases. **Methods:** Theoretical and empirical literature was reviewed to identify key distortions, including confirmation bias, availability heuristic, anchoring, overconfidence and the illusion of validity. A narrative synthesis approach was adopted, focusing on literature involving psychological professionals in applied contexts. Special attention is given to the cumulative dynamics of bias cascade and snowball effects, as well as the influence of contextual variables such as workload, cultural mismatch and documentation practices. **Results:** Different reasoning frameworks: rational-analytic, intuitive-humanistic and hypothetico-deductive, exhibit varying vulnerability to bias. Ethical and epistemological risks include compromised patient autonomy, unjust credibility judgments and institutional blind spots. **Conclusions:** Evidence-based mitigation strategies are highlighted, such as structured decision protocols, clinical examples to illustrate bias manifestations, metacognitive awareness training, collaborative frameworks and outcome-driven feedback.

Keywords:

cognitive process, professional judgment, clinical psychology, decision support tools, review

Resumen:

Antecedentes/Objetivos: Los psicólogos clínicos se ven rutinariamente requeridos a tomar decisiones complejas bajo incertidumbre, a menudo con información incompleta y en contextos con alta carga emocional e institucional. Un cuerpo sustancial de evidencia proveniente de la psicología cognitiva demuestra que estas decisiones son vulnerables a distorsiones sistemáticas conocidas como sesgos cognitivos. **Métodos:** Se revisó la literatura teórica y empírica para identificar las principales distorsiones, incluyendo el sesgo de confirmación, la heurística de disponibilidad, el anclaje, el exceso de confianza y la ilusión de validez. Se adoptó un enfoque de síntesis narrativa, con énfasis en estudios aplicados en psicología clínica. Se presta especial atención a las dinámicas acumulativas de la cascada de sesgos y los efectos en bola de nieve, así como a la influencia de variables contextuales como la carga de trabajo, el desajuste cultural y las prácticas de documentación. **Resultados:** Diferentes marcos de razonamiento: racional-analítico, intuitivo-humanista e hipotético-deductivo, muestran una vulnerabilidad variable a los sesgos. Los riesgos éticos y epistemológicos incluyen la vulneración de la autonomía del paciente, juicios de credibilidad injustos y puntos ciegos institucionales. **Conclusiones:** Se destacan estrategias de mitigación basadas en evidencia, tales como protocolos estructurados de toma de decisiones, ejemplos clínicos para ilustrar los sesgos, entrenamiento en conciencia metacognitiva, marcos colaborativos y retroalimentación orientada a resultados

Palabras Clave:

proceso cognitivo, juicio profesional, psicología clínica, herramientas de apoyo a la decisión, revisión

^a Autor de Correspondencia, Universidad de Cádiz | Departamento de Psicología | Puerto Real | España, <https://orcid.org/0000-0003-2904-1239>, Email: alberto.paramio@uca.es

Received: 27/05/2025, Accepted: 26/11/2025, Published: 05/01/2026

DOI: <https://doi.org/10.29057/jbapr.v7i14.14953>



INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones clínicas constituye una actividad central en la práctica psicológica, que requiere procesos cognitivos complejos para interpretar información ambigua, evaluar las necesidades del cliente, formular hipótesis y elegir intervenciones adecuadas. Idealmente, estas decisiones se fundamentan en la integración de la mejor evidencia de investigación disponible, la experiencia clínica y las características del cliente (APA, 2006). Sin embargo, décadas de investigación en ciencias cognitivas y juicio clínico han demostrado que los procesos de toma de decisiones se ven consistentemente afectados por errores sistemáticos, sesgos cognitivos, que pueden comprometer la precisión diagnóstica, la planificación del tratamiento y los resultados terapéuticos (Avorn, 2018; Garb, 2005; Kahneman, 2011).

Estos sesgos no son aleatorios, sino que representan desviaciones predecibles del razonamiento normativo que surgen de las limitaciones inherentes a la cognición humana, particularmente en condiciones de incertidumbre, presión temporal, relevancia emocional y carga cognitiva (Kahneman, 2011; Tversky & Kahneman, 1974). En la práctica psicológica, tales condiciones no son la excepción, sino la norma. Los clínicos a menudo toman decisiones de alto riesgo durante entrevistas iniciales breves, en momentos de reactividad emocional, o cuando navegan presiones institucionales como demandas de documentación o cuotas de casos. Como resultado, se vuelven especialmente vulnerables a los atajos cognitivos, o heurísticas, que aunque eficientes, introducen errores consistentes en el juicio. Por ejemplo, un clínico puede anclar prematuramente un diagnóstico inicial, dar demasiada importancia a la información que confirma sus expectativas (sesgo de confirmación) o basarse en casos recientes salientes (heurística de disponibilidad), lo que resulta en conceptualizaciones erróneas e intervenciones desalineadas (Nickerson, 1998; Pfeiffer et al., 2000).

Es importante destacar que el sesgo cognitivo no se limita a los clínicos novatos. La investigación demuestra consistentemente que tanto los psicólogos novatos como los experimentados exhiben sesgos, aunque de diferentes maneras. Mientras que los novatos pueden depender excesivamente de características salientes o señales institucionales, los clínicos experimentados pueden caer en la trampa de la sobreconfianza, la inercia diagnóstica o la selectividad impulsada por la teoría en la interpretación de la evidencia (Garb, 2005; Miller et al., 2015). Por ejemplo, un aprendiz podría centrarse estrechamente en síntomas dramáticos que se asemejan a un caso de libro de texto que estudió recientemente (heurística de disponibilidad), mientras que un terapeuta experimentado podría descartar nuevos datos que contradicen su modelo conceptual favorito (sesgo de confirmación o anclaje). Pfeiffer et al. (2000), en un estudio experimental con estudiantes de doctorado en psicología, encontraron que los participantes eran significativamente más propensos a seguir líneas de cuestionamiento confirmatorias cuando habían generado la hipótesis diagnóstica por sí mismos. Las instrucciones de responsabilidad, donde los participantes sabían que tendrían que justificar sus decisiones, no redujeron este sesgo, lo que sugiere que incluso los individuos motivados y educados son propensos al razonamiento sesgado en contextos clínicos.

Las consecuencias del sesgo cognitivo en psicología van mucho más allá del interés académico. Los diagnósticos erróneos pueden llevar a tratamientos ineficaces o dañinos, estigmatización, erosión de la alianza terapéutica, abandono del cliente e incluso errores judiciales o institucionales cuando las evaluaciones psicológicas se utilizan en contextos forenses o administrativos (Puente-López et al., 2024; Schottenbauer et al., 2007). En uno de esos casos, la etiqueta temprana de "trastorno oposicionista desafiante" en un adolescente ocultó una historia de trauma y resultó en intervenciones conductuales punitivas, en lugar de atención basada en el trauma. Este error persistió en varios entornos debido a la documentación copiada, ejemplificando cómo las decisiones sesgadas se propagan de manera sistemática. Además, estos errores suelen acumularse con el tiempo. Dror (2025) describe un efecto de "cascada de sesgos", por el cual las distorsiones cognitivas iniciales, como las suposiciones hechas durante la derivación o la admisión, moldean la interpretación de toda la información subsiguiente, reforzando el marco inicial y reduciendo las oportunidades de corrección. En entornos multidisciplinarios, este sesgo puede acumularse a través de la documentación y la comunicación en equipo, lo que lleva al enquistamiento diagnóstico y fallos sistemáticos.

A pesar de estos riesgos, los modelos tradicionales de formación clínica se centran principalmente en la sintomatología, la orientación teórica y la técnica, con relativamente poca atención a la psicología de la toma de decisiones o a los mecanismos por los cuales el razonamiento puede ser sistemáticamente distorsionado (Schottenbauer et al., 2007). Esto es especialmente preocupante dado el extenso cuerpo de literatura sobre la mitigación del sesgo disponible en campos como la medicina y la economía conductual, literatura que sigue siendo poco utilizada en los programas de psicología clínica. El énfasis limitado en la conciencia metacognitiva, la humildad epistémica y la reflexión estructurada en los programas clínicos deja a los profesionales mal preparados para detectar y mitigar el sesgo en su trabajo diario.

La presente revisión tiene como objetivo sintetizar y examinar críticamente la literatura sobre los sesgos cognitivos en la psicología clínica. Comienza describiendo los sesgos cognitivos más relevantes para la práctica psicológica, incluidos el sesgo de confirmación, la sobreconfianza, la heurística de disponibilidad, el anclaje y la ilusión de validez. Luego explora la interacción entre estos sesgos y diferentes modelos de toma de decisiones, racional-analítico, intuitivo-humanista e hipotético-deductivo, destacando cómo el estilo de razonamiento puede influir en la susceptibilidad al error (Banning, 2008; Kanat, 2023). Finalmente, la revisión ofrece recomendaciones basadas en evidencia para la mitigación, incluidas ayudas estructuradas para la toma de decisiones, formación metacognitiva, tratamiento informado por retroalimentación y marcos colaborativos de toma de decisiones.

MÉTODO

Esta revisión sigue un enfoque de síntesis narrativa para integrar modelos teóricos y hallazgos empíricos sobre el sesgo cognitivo en la psicología clínica. Las fuentes fueron identificadas mediante búsquedas en bases de datos como PsycINFO, PubMed y Scopus, utilizando términos como "sesgo cognitivo",

“juicio clínico”, “evaluación psicológica” y “toma de decisiones”. Se consideraron artículos revisados por pares publicados entre 1995 y 2025. Se dio prioridad a los estudios que (a) examinaron los mecanismos del sesgo en la toma de decisiones clínicas, (b) incluyeron poblaciones de profesionales de la psicología y (c) reportaron hallazgos experimentales, metaanálisis o modelos impulsados por la teoría. Se excluyeron artículos centrados exclusivamente en poblaciones no clínicas (por ejemplo, negocios, militares), a menos que proporcionaran modelos cognitivos transferibles. Además, se incorporaron trabajos teóricos influyentes (por ejemplo, Kahneman, 2011) y marcos ampliamente citados (por ejemplo, sesgo de confirmación, cascada de sesgos) debido a su papel fundamental en la investigación sobre sesgos. El corpus final constó de 42 fuentes, analizadas de acuerdo con su relevancia conceptual y aplicabilidad clínica. Este enfoque enfatiza la profundidad y la integración en lugar de una cobertura exhaustiva.

La presente revisión narrativa de la literatura tiene como objetivo integrar modelos teóricos y hallazgos empíricos sobre el sesgo cognitivo en psicología clínica, más que ofrecer una revisión sistemática exhaustiva. La revisión sigue las recomendaciones de buenas prácticas para realizar síntesis narrativas rigurosas en las ciencias de la salud aplicadas (Arshed & Danson, 2015; Cronin et al., 2008; Ferrari, 2015; Petticrew & Roberts, 2006).

La pregunta guía fue: ¿cómo influyen sesgos cognitivos específicos en el juicio clínico, la evaluación y la toma de decisiones sobre el tratamiento en psicología clínica, y qué estrategias se han propuesto para mitigar estos sesgos?

Las búsquedas bibliográficas se realizaron en tres bases de datos principales que indexan investigación en psicología y ciencias de la salud: PsycINFO, PubMed/MEDLINE y Scopus. La estrategia de búsqueda central combinó términos relacionados con sesgo cognitivo, toma de decisiones y práctica clínica. Un ejemplo de cadena de búsqueda típica fue:

(“cognitive bias*” OR heuristic* OR “confirmation bias” OR “diagnostic overshadowing”) AND (“clinical judgment” OR “clinical decision-making” OR “psychological assessment” OR “case formulation”) AND (“clinical psychologist*” OR therapist* OR clinician*).

La sintaxis de búsqueda y las etiquetas de campo (por ejemplo, el uso de términos MeSH en PubMed) se adaptaron a cada base de datos. Se consideraron publicaciones revisadas por pares entre 1995 y 2025. Para minimizar la omisión de trabajos influyentes, también se llevó a cabo un rastreo retrospectivo y prospectivo de citas utilizando fuentes clave sobre sesgo cognitivo y juicio clínico (por ejemplo, Garb, 1998, 2005; Kahneman, 2011; Nickerson, 1998; Tversky & Kahneman, 1973, 1974). Además, se examinaron manualmente las listas de referencias de los artículos incluidos para identificar estudios adicionales relevantes.

Los estudios fueron elegibles para su inclusión si:

1. Eran artículos de revistas revisadas por pares o libros académicos;

2. Examinaban mecanismos o consecuencias del sesgo cognitivo o del uso de heurísticos en la toma de decisiones clínicas;
3. Se centraban en profesionales o estudiantes en formación clínica en psicología, psiquiatría, counselling o profesiones afines de la salud mental, o bien abordaban marcos de toma de decisiones directamente aplicables a dichos profesionales; y
4. Presentaban datos empíricos (experimentales, cuasi-experimentales, observacionales o meta-analíticos) o proponían modelos teóricos con implicaciones explícitas para la práctica clínica.

Se incluyeron publicaciones en inglés o en español que abordaran al menos una etapa del proceso de razonamiento clínico (por ejemplo, evaluación, diagnóstico, estimación de riesgo, formulación de caso, planificación del tratamiento). Se excluyeron los estudios realizados exclusivamente en dominios no clínicos (por ejemplo, empresa, finanzas, marketing), salvo que los mecanismos cognitivos subyacentes fueran claramente transferibles a contextos clínicos; asimismo, se excluyeron tesis, resúmenes de congresos, editoriales, comentarios y ensayos no académicos.

El cribado se llevó a cabo en dos fases. En primer lugar, se examinaron los títulos y resúmenes recuperados en las búsquedas en bases de datos para valorar su relevancia respecto al sesgo cognitivo en psicología clínica. En segundo lugar, se evaluaron los textos completos de los registros potencialmente elegibles según los criterios de inclusión y exclusión. Cuando tras la lectura del resumen persistía la duda sobre la elegibilidad, el registro se conservó para revisión a texto completo a fin de reducir el riesgo de excluir contribuciones importantes, de acuerdo con las recomendaciones para revisiones narrativas transparentes y reproducibles (Cronin et al., 2008; Ferrari, 2015).

Además de los estudios empíricos, se incluyeron de forma intencional contribuciones teóricas influyentes sobre heurísticos y sesgos y sobre modelos de doble proceso del juicio (por ejemplo, Kahneman, 2011; Tversky & Kahneman, 1974), debido a su papel fundacional en la investigación sobre sesgos cognitivos y a su amplia aplicación a la toma de decisiones clínicas. Del mismo modo, se incorporaron fuentes que abordan las dimensiones éticas y epistémicas del sesgo (por ejemplo, APA, 2006, 2017; Fricker, 2007; Puente-López et al., 2024), dada su relevancia directa para las implicaciones discutidas en esta revisión.

Para cada fuente incluida, se extrajeron datos sobre: (a) el tipo de sesgo o heurístico analizado (por ejemplo, sesgo de confirmación, anclaje, disponibilidad, exceso de confianza, ilusión de validez); (b) la tarea clínica o el contexto decisional (por ejemplo, juicio diagnóstico, evaluación del riesgo, formulación de caso, selección del tratamiento); (c) las características de la muestra de profesionales; (d) el diseño del estudio y el nivel de evidencia; y (e) las principales implicaciones para la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la práctica ética. Posteriormente, los hallazgos se organizaron en dominios temáticos, tipos de sesgo, modelos de toma de decisiones clínicas, consecuencias para los clientes y los sistemas, y estrategias de prevención del sesgo, con el fin de facilitar la síntesis narrativa y poner de relieve lagunas relevantes para la formación y la supervisión clínica.

Sobre la base de estos procedimientos, el corpus narrativo final estuvo compuesto por 21 fuentes teóricas y empíricas que abordan directamente el sesgo cognitivo en la toma de decisiones clínicas y sus implicaciones éticas, complementadas por cuatro trabajos metodológicos sobre revisiones narrativas y sistemáticas que guaron el diseño y la presentación de esta revisión (Arshed & Danson, 2015; Cronin et al., 2008; Ferrari, 2015; Petticrew & Roberts, 2006). Este enfoque narrativo estructurado busca equilibrar la profundidad y la integración conceptual con la transparencia en los procedimientos de búsqueda, selección y síntesis, tal como se recomienda para revisiones narrativas de alta calidad en las ciencias sociales y de la salud (Ferrari, 2015; Petticrew & Roberts, 2006).

RESULTADOS

Los sesgos cognitivos en la evaluación psicológica y la planificación del tratamiento no son meramente defectos residuales de los clínicos novatos, sino patrones de razonamiento profundamente arraigados que surgen de las propiedades estructurales de la mente humana. En la psicología clínica, donde la ambigüedad es común y las decisiones a menudo dependen de la interpretación subjetiva, la influencia del sesgo es particularmente pronunciada. Desde la admisión hasta la formulación del caso, desde la interpretación de pruebas hasta la evaluación terapéutica, los sesgos operan de manera sutil pero persistente, moldeando toda la trayectoria de la atención al cliente (Garb, 1998; Kahneman, 2011).

Uno de los principales desafíos para identificar los sesgos cognitivos en los entornos clínicos es su naturaleza implícita. La mayoría de los clínicos no son conscientes de que están involucrados en razonamientos sesgados. De hecho, la investigación sugiere que los clínicos pueden ser especialmente susceptibles al "punto ciego de sesgo", la tendencia a percibirse a uno mismo como menos sesgado que a los demás (Pronin et al., 2002). Esta limitación metacognitiva hace que el sesgo sea difícil de corregir solo a través de la introspección y requiere reflexión estructurada, supervisión o mecanismos externos de retroalimentación para garantizar la responsabilidad.

La expresión del sesgo está moldeada tanto por factores individuales como sistémicos. A nivel individual, la orientación teórica del clínico, su experiencia previa, su nivel de confianza, sus reacciones emocionales y su trasfondo cultural influyen en cómo percibe e interpreta los datos clínicos (Garb, 2005). A nivel sistémico, las presiones institucionales como las cuotas de productividad, las limitaciones de tiempo, la aversión al riesgo y los requisitos de documentación crean entornos donde el razonamiento basado en heurísticas se convierte en la norma. Como señala Dror (2025), estas variables contextuales pueden amplificar los sesgos interpretativos iniciales en errores en cascada que se vuelven cada vez más resistentes a la corrección, un fenómeno que él denomina "bola de nieve de sesgos".

Los sesgos más comúnmente citados en la literatura sobre psicología clínica incluyen el sesgo de confirmación, la heurística de disponibilidad, el sesgo de anclaje, la sobreconfianza y la ilusión de validez. Si bien cada uno opera a través de mecanismos cognitivos distintos, todos comparten

un efecto común: distorsionan el procesamiento de la información de manera que refuerzan las creencias iniciales y suprimen interpretaciones alternativas. La Tabla 1 proporciona una visión general de estos sesgos principales, sus definiciones y ejemplos clínicos ilustrativos. A continuación, se explora cada uno de estos sesgos en detalle con referencia a los hallazgos empíricos y las implicaciones clínicas.

Sesgo de confirmación

El sesgo de confirmación es probablemente el sesgo cognitivo más documentado y teóricamente establecido en la toma de decisiones clínicas. Se refiere a la tendencia a buscar, priorizar e interpretar la información de una manera que confirme las creencias o hipótesis existentes, mientras se descarta, minimiza o evita la evidencia contradictoria (Nickerson, 1998). En el contexto de la psicología clínica, este sesgo puede influir en cada etapa del proceso terapéutico, desde la evaluación diagnóstica hasta la evaluación del tratamiento, y es particularmente peligroso debido a su naturaleza insidiosa y al sentido de coherencia que ofrece a la comprensión narrativa del clínico sobre el caso (Garb, 2005).

Tabla 1.

Sesgos Cognitivos en la Toma de Decisiones Clínicas y sus Manifestaciones Clínicas.

	Sesgo	Definición	Ejemplo
Sesgo de Confirmación		Un psicólogo clínico realiza un Tendencia a buscar, diagnosticar temprano y luego priorizar o interpretar se enfoca solo en los hallazgos información de manera que lo respaldan, como notar que confirme las hipótesis únicamente los síntomas que iniciales, desestimando que encajan con su hipótesis e evidencia contradictoria. Ignorar señales que apuntan a un trastorno diferente.	
Heurística de Disponibilidad	Sobrestimar la probabilidad de que un nuevo cliente percibe síntomas similares en diagnósticos o eventos que vienen fácilmente a la mente, a menudo porque son recientes, dramáticos o emocionalmente salientes.	Después de tratar un caso raro y memorable, un terapeuta percibe síntomas similares en diagnósticos poco comunes cuando en realidad una condición más prevalente es más probable.	
Sesgo de Anclaje	Ser indebidamente influenciado por la información inicial o primeras impresiones, lo que hace que los juicios subsecuentes queden "anclados" a ese punto de inicio.	Un cliente llega con una historia previa etiquetada como "resistente al tratamiento". El nuevo clínico, anclado por esta etiqueta, interpreta la vacilación del cliente en las sesiones como una prueba adicional de resistencia, dificultando una comprensión fresca de sus dificultades.	
Exceso de Confianza	Certidumbre excesiva en la exactitud de los juicios de un diagnóstico complejo o decisiones de uno, a través de una breve entrevista y retroalimentación.	Un psicólogo se siente seguro sin proceder con un plan de tratamiento sin consultar ni considerar alternativas, solo para descubrir más tarde que la evidencia adecuada.	

Sesgo	Definición	Ejemplo
Ilusión de Validez	<p>La creencia infundada de que una narrativa coherente y confiada debe ser verdadera, a pesar de carecer de validación objetiva.</p>	<p>se pasó por alto información clave.</p> <p>Después de construir una formulación convincente para explicar los problemas de un cliente, un terapeuta sigue convencido de que es correcta. Incluso cuando el progreso del cliente se detiene, el terapeuta insiste en la misma explicación, asumiendo que la lógica interna de la narrativa garantiza su verdad.</p>

Los clínicos a menudo forman hipótesis iniciales basadas en información de referencia, señales demográficas o primeras impresiones durante las entrevistas de admisión. Una vez que se formula un diagnóstico provisional, existe una fuerte tendencia a interpretar los datos subsiguientes a través de ese lente diagnóstico. Por ejemplo, un clínico que sospecha de un trastorno límite de la personalidad puede dar un peso desproporcionado a los informes del cliente sobre inestabilidad emocional e interpersonal, mientras pasa por alto signos de trauma crónico o diferencias neurodesarrollativas. Esto lleva a la atención selectiva y a la memoria, dos mecanismos a través de los cuales el sesgo de confirmación se refuerza con el tiempo (Kahneman, 2011).

Pfeiffer et al. (2000) realizaron un estudio experimental que demostró cómo el sesgo de confirmación opera incluso entre clínicos entrenados. Pidieron a estudiantes de posgrado en psicología que generaran hipótesis diagnósticas y luego evaluaran la información clínica. Los resultados mostraron que los participantes que generaron sus propias hipótesis, en lugar de recibirlas externamente, eran significativamente más propensos a reunir información que confirmara sus impresiones iniciales. Incluso cuando se les indicó que tendrían que justificar sus decisiones (es decir, bajo condiciones de responsabilidad), los participantes aún favorecieron preguntas confirmatorias. Esto sugiere que la motivación por ser preciso no es suficiente para anular el sesgo cognitivo cuando la estructura del razonamiento se mantiene sin cambios.

Este sesgo también juega un papel en el monitoreo del tratamiento. Los clínicos que están comprometidos con un modelo terapéutico particular pueden interpretar el progreso del cliente de manera que respalde la efectividad del modelo. Por ejemplo, un terapeuta que utiliza un enfoque psicodinámico podría interpretar la retirada de un cliente como resistencia originada en un conflicto inconsciente, mientras que un terapeuta de TCC podría ver el mismo comportamiento como evitación vinculada a creencias nucleares negativas. En ambos casos, la interpretación sirve para reforzar la orientación teórica del terapeuta, potencialmente a expensas de la respuesta a las necesidades reales del cliente (Schottenbauer et al., 2007). En casos más graves, el sesgo de confirmación puede contribuir a lo que Dror (2025) llama una "cascada de sesgos", donde los errores interpretativos iniciales se propagan a través de la documentación, la conceptualización del caso y la comunicación institucional. Una vez que un cliente es

etiquetado de una manera particular, por ejemplo, como "no conforme" o "resistente al tratamiento", los proveedores posteriores pueden adoptar este marco de forma acrítica, reforzando el error original y reduciendo las oportunidades para la corrección.

Heurística de disponibilidad y sesgo de anclaje

La heurística de disponibilidad es un atajo mental a través del cual las personas estiman la probabilidad o la frecuencia de los eventos según cuán fácilmente les vienen ejemplos a la mente (Tversky & Kahneman, 1973). Si bien esta heurística puede ser útil en los juicios cotidianos, introduce riesgos significativos en entornos clínicos, donde los casos memorables o emocionalmente salientes pueden influir indebidamente en la percepción que el clínico tiene de nuevos clientes. El sesgo de anclaje, por otro lado, se refiere a la tendencia cognitiva a depender en exceso de la primera pieza de información encontrada, el "ancla", cuando se toman decisiones. Ambos sesgos han sido ampliamente documentados en la psicología cognitiva y son particularmente relevantes en la evaluación diagnóstica y la formulación de casos.

En psicología clínica, la heurística de disponibilidad se manifiesta cuando los diagnósticos recientemente encontrados o los casos emocionalmente cargados moldean el marco interpretativo del clínico. Por ejemplo, un clínico que ha trabajado recientemente con un caso de trastorno de identidad disociativa puede empezar a percibir síntomas disociativos en nuevos clientes, incluso cuando tales síntomas se explican mejor por procesos de ansiedad relacionados con el trauma o déficit de atención. Esto es especialmente problemático en entornos de formación o en instituciones donde ciertos diagnósticos están sobrerepresentados. Estos sesgos también pueden afectar la calidad de la alianza terapéutica, especialmente cuando las primeras impresiones llevan a los clínicos a hacer suposiciones sobre la motivación del cliente, la resistencia o el cumplimiento. Por ejemplo, si un cliente es descrito inicialmente en la documentación como "manipulador" o "no conforme", esta etiqueta puede convertirse en un ancla en la percepción del clínico, influyendo en la forma en que interpreta los comportamientos futuros, a menudo de maneras que socavan la empatía y la capacidad de respuesta. Así, los sesgos de anclaje y disponibilidad no son solo errores técnicos, sino que pueden influir profundamente en las dimensiones relacionales y éticas de la terapia (Schottenbauer et al., 2007).

El efecto acumulativo de estos sesgos refuerza la importancia de un monitoreo continuo del sesgo, no como un ejercicio de formación único, sino como un proceso continuo integrado en la supervisión, la consulta en equipo y el desarrollo profesional. Herramientas como los marcos de juicio clínico estructurado (SCJ), evaluaciones repetidas y mecanismos formales de retroalimentación pueden ayudar a recalibrar las percepciones del clínico con el tiempo y reducir la influencia de la información saliente pero no representativa.

Sobreconfianza y la Ilusión de Validez

La sobreconfianza es un sesgo bien documentado tanto en el juicio de los legos como en el profesional, y juega un papel significativo en la psicología clínica. Se refiere a la tendencia a sobreestimar la precisión de los propios conocimientos, interpretaciones o predicciones. En contextos clínicos, la sobreconfianza a menudo se manifiesta como una certeza

excesiva en las impresiones diagnósticas, decisiones terapéuticas o predicciones pronósticas, incluso cuando estas se basan en datos incompletos, ambiguos o no representativos (Miller et al., 2015). Muy relacionado con esto está la ilusión de validez: la creencia de que una narrativa coherente e internamente consistente debe ser verdadera, independientemente de su base empírica (Kahneman, 2011).

La toma de decisiones clínicas a menudo implica construir formulaciones de casos que den sentido a los problemas que presenta el cliente, su historia de desarrollo, estructura de personalidad y perfil de síntomas. Cuando estas formulaciones son internamente consistentes y teóricamente elegantes, tienden a generar fuertes sentimientos de confianza, particularmente si se alinean con la orientación teórica del clínico o con la experiencia previa. Sin embargo, la investigación demuestra consistentemente que la confianza no es un proxy fiable para la precisión. En un metaanálisis realizado por Miller et al. (2015), se encontró que la correlación entre la confianza y la precisión diagnóstica entre los profesionales de la salud mental fue modesta como máximo, y en algunos estudios, incluso negativa.

Esta ilusión de precisión puede ser especialmente problemática en entornos que fomentan la toma de decisiones independiente y valoran la intuición clínica por encima del razonamiento estructurado. Garb (2005) destaca que los clínicos experimentados a menudo otorgan un peso excesivo a las narrativas del caso que "se sienten correctas", incluso cuando esas narrativas carecen de apoyo objetivo. Por ejemplo, un terapeuta podría interpretar con confianza la retirada de un cliente como un signo de un conflicto edípico no resuelto, a pesar de explicaciones más sencillas como ansiedad social o evitación del trauma. Una vez que se establece tal narrativa, el clínico puede volverse cada vez más resistente a perspectivas alternativas o pruebas contrarias.

La ilusión de validez a menudo se refuerza en los entornos clínicos por la falta de retroalimentación inmediata. A diferencia de los entornos de laboratorio o médicos, donde la precisión diagnóstica puede probarse contra marcadores biológicos o resultados de laboratorio, los resultados psicológicos suelen ser demorados, multifactoriales y ambiguos. Los clientes pueden no desafiar directamente las interpretaciones erróneas y los síntomas pueden fluctuar por razones no relacionadas con la intervención. Esto permite que las conceptualizaciones erróneas del caso persistan sin ser cuestionadas, sostenidas por observaciones anecdóticas y el sesgo de confirmación.

Además, la sobreconfianza puede socavar el espíritu colaborativo de la terapia. Los clientes que perciben que el clínico está demasiado invertido en una narrativa específica pueden sentirse no escuchados o mal representados, lo que conduce a rupturas en la alianza y abandono temprano. En supervisión, los clínicos sobreconfiados pueden ser menos receptivos a la retroalimentación, lo que reduce la efectividad de la orientación correctiva. Esto es especialmente preocupante en entornos forenses, de evaluación de riesgos o clínicos de alto riesgo, donde la sobreconfianza en juicios erróneos puede tener graves consecuencias para el estatus legal, la custodia o el acceso a los servicios de los clientes (Dror, 2025; Puente-López et al., 2024).

La supervisión y la consulta entre pares son también críticas para reducir la sobreconfianza. Las presentaciones de casos que enfatizan la incertidumbre, las formulaciones competidoras y los dilemas diagnósticos pueden normalizar la humildad intelectual y contrarrestar la cultura de confianza como competencia. Finalmente, adoptar modelos de tratamiento informados por retroalimentación, como el marco de Respuesta Esperada al Tratamiento (ETR) propuesto por Lutz et al. (2006), puede ayudar a los clínicos a calibrar su confianza frente a los resultados empíricos, promoviendo una evaluación más realista de la efectividad de la intervención.

Cascada de Sesgos y Efectos Acumulativos

Mientras que muchos sesgos cognitivos en psicología clínica operan a nivel del razonamiento individual, los desarrollos teóricos recientes han enfatizado la naturaleza acumulativa y sistemática del sesgo en la toma de decisiones clínicas. Una de las contribuciones más significativas a este campo es la conceptualización de la cascada de sesgos y el efecto bola de nieve de Dror (2025), que describe cómo las primeras distorsiones cognitivas, una vez integradas en el proceso clínico, pueden propagarse y amplificarse a través de las etapas subsiguientes de evaluación, documentación, supervisión y respuesta institucional.

La cascada de sesgos se refiere al desarrollo secuencial de errores, donde un juicio erróneo inicial establece el marco interpretativo para todas las decisiones futuras relacionadas con un caso. Por ejemplo, una observación conductual menor notada durante la admisión, como la reactividad emocional, puede ser interpretada a través de una lente particular (por ejemplo, patología de la personalidad) y luego guiar sutilmente el enfoque de las entrevistas, la selección de herramientas de evaluación y la priorización de metas de tratamiento. Este efecto de enmarcado crea una inercia cognitiva, donde la nueva información se asimila al esquema preestablecido en lugar de provocar una reconsideración (Dror, 2025; Kahneman, 2011). En la práctica, estas cascadas a menudo son documentadas e institucionalizadas. Las primeras impresiones se registran en notas de progreso, resúmenes de supervisión o informes multidisciplinarios, convirtiéndose en parte del expediente clínico oficial. Cuando otros profesionales revisan el archivo, ya sea durante la entrega, reuniones de equipo o evaluaciones externas, se exponen a este enmarcado sesgado y pueden adoptarlo sin cuestionarlo. Como resultado, lo que pudo haber comenzado como una inferencia dudosa se solidifica como una comprensión compartida, un fenómeno que Schottenbauer et al. (2007) describen como "refuerzo consensuado de la rigidez conceptual".

El efecto bola de nieve se basa en esta dinámica al resaltar cómo las decisiones sesgadas no solo persisten, sino que se acumulan. Con el tiempo, las distorsiones iniciales pueden influir en las conclusiones diagnósticas, evaluaciones de riesgo e incluso en los resultados legales, especialmente en contextos de alto riesgo como la psicología forense, la protección infantil o la hospitalización involuntaria. Un cliente etiquetado temprano como "resistente al tratamiento" puede ser visto posteriormente como menos cooperativo, menos creíble o menos merecedor de inversión terapéutica, independientemente de su comportamiento real. Estas caracterizaciones se perpetúan en las discusiones del equipo, influyendo en la asignación de

recursos y actitudes de los clínicos (Dror, 2025; Puente-López et al., 2024).

Park et al. (2016) identifican cómo estos efectos de bola de nieve se manifiestan de manera diferente según el modelo de toma de decisiones clínicas adoptado. En modelos más paternalistas (por ejemplo, "el médico sabe lo que es mejor"), la autoridad del clínico rara vez es cuestionada, lo que hace más probable que las decisiones iniciales no sean desafiantes. En contraste, los modelos de toma de decisiones compartidas, donde la participación del cliente es activamente solicitada y revisada, pueden crear oportunidades para interrumpir el sesgo. Sin embargo, incluso en marcos colaborativos, las dinámicas estructurales (como los desequilibrios de poder, las normas de documentación y las suposiciones culturales) pueden restringir la retroalimentación correctiva y sostener la trayectoria sesgada. Estas cascadas a menudo son invisibles para los clínicos precisamente porque se desarrollan gradualmente y se alinean con narrativas coherentes. La mente humana tiende a buscar consistencia y coherencia en lugar de contradicción y ambigüedad. Una vez que se establece un patrón interpretativo, los clínicos son más propensos a notar los datos que lo confirman e ignorar las anomalías, un proceso estrechamente vinculado al sesgo de confirmación y la ilusión de validez (Miller et al., 2015; Nickerson, 1998). Esto significa que múltiples sesgos pueden interactuar con el tiempo, reforzándose mutuamente y aumentando la resistencia a la revisión.

Es importante destacar que estos efectos no se limitan a los clínicos individuales. En instituciones con alta rotación de personal, supervisión limitada o estructuras jerárquicas en los equipos, las cascadas sesgadas son más propensas a permanecer sin examinar. La documentación se convierte en el medio principal de comunicación a través de los turnos y los departamentos, lo que permite que las formulaciones no verificadas o estigmatizantes persistan indefinidamente. En entornos correccionales, sistemas de bienestar infantil o agencias de salud mental pública, tales cascadas pueden contribuir a patrones a largo plazo de inequidad sistémica (Avorn, 2018; Garb, 2005).

Interrumpir las cascadas de sesgo requiere intervenciones estructurales y epistémicas. A nivel individual, los clínicos deben ser entrenados para revisar y evaluar críticamente sus formulaciones a intervalos regulares, especialmente después de eventos clínicos clave (por ejemplo, deterioro, crisis o ruptura). Las revisiones estructuradas de casos que incluyan "puntos de control de sesgo" (es decir, pausas deliberadas para cuestionar suposiciones) o asignar a un miembro del equipo para que haga de "abogado del diablo" pueden ayudar a sacar a la luz inconsistencias. A nivel organizacional, prácticas de documentación transparentes, sistemas de retroalimentación y formulaciones basadas en el equipo pueden difundir la autoridad interpretativa y abrir espacio para la revisión (Kanat, 2023; Park et al., 2016).

Además, el uso de herramientas analíticas predictivas, como el modelo *Expected Treatment Response* (ETR) (Lutz et al., 2006), puede ayudar a identificar cuándo un caso no progresó como se esperaba, lo que provoca una reconsideración de las suposiciones subyacentes. Si los resultados del cliente se desvían sistemáticamente de lo esperado en función de los perfiles de ingreso, se anima a los clínicos a reevaluar su modelo

conceptual en lugar de atribuir los contratiempos a la patología del cliente o a la "resistencia".

Modelos de toma de decisiones clínicas

Comprender cómo los clínicos toman decisiones requiere más que identificar los sesgos cognitivos que afectan al juicio. También implica examinar los modelos conceptuales a través de los cuales se estructura la toma de decisiones. Durante las últimas cuatro décadas, se han propuesto varios modelos de razonamiento clínico para describir cómo los profesionales integran la información, generan hipótesis y eligen intervenciones. Estos modelos racional-analítico, intuitivo-humanista e hipotético-deductivodifieren no solo en la estrategia cognitiva, sino también en su susceptibilidad a diferentes sesgos y su compatibilidad con diversas formas de formación clínica y práctica institucional (Banning, 2008).

El Modelo Racional-Analítico

El modelo racional-analítico conceptualiza la toma de decisiones como un proceso sistemático y basado en evidencia, similar a la prueba de hipótesis científicas. Este modelo enfatiza la objetividad, la transparencia y la coherencia lógica, confiando en frecuencia en evaluaciones estructuradas, árboles de decisión o herramientas algorítmicas. Se alienta a los clínicos que operan bajo este modelo a aplicar rigurosamente los criterios diagnósticos, considerar las tasas base y sopesar las hipótesis competidoras en función de la evidencia empírica (Lilienfeld et al., 2015).

Si bien este modelo minimiza el pensamiento heurístico y promueve la responsabilidad, es cognitivamente exigente y a menudo poco realista en entornos rápidos o complejos relationalmente. Banning (2008) señala que la adherencia estricta a los procedimientos racionales-analíticos puede alienar a los clientes si sienten que el clínico es demasiado mecanicista o distante. Además, la dependencia de herramientas estructuradas no hace a los clínicos inmunes al sesgo. Por ejemplo, el sesgo de anclaje puede ocurrir en la interpretación de las herramientas de evaluación, y el sesgo de confirmación puede afectar la selección de herramientas basadas en impresiones iniciales (Garb, 2005).

El Modelo Intuitivo-Humanista

Este modelo pone énfasis en el conocimiento experiencial, la intuición clínica y la sintonización empática. Está fundamentado en la relación terapéutica y se asocia a menudo con enfoques psicodinámicos, humanistas y narrativos. La toma de decisiones está guiada menos por el razonamiento algorítmico y más por la comprensión del clínico sobre la experiencia vivida del cliente, los procesos de creación de significado y las dinámicas interpersonales (Kanat, 2023).

El modelo intuitivo-humanista es especialmente valorado en psicoterapia por su sensibilidad al contexto y a la sutileza emocional. Sin embargo, también es muy vulnerable a los sesgos afectivos e interpersonales. Los terapeutas pueden proyectar inconscientemente sus propias experiencias sobre los clientes, interpretar la resistencia como hostilidad o atribuir significado a material ambiguo basado en su marco teórico. Schottenbauer et al. (2007) destacan que, aunque los terapeutas integradores a menudo usan este modelo, sus decisiones son

frecuentemente idiosincráticas y poco especificadas, lo que dificulta su estandarización o supervisión.

El Modelo Hipotético-Deductivo

Considerado a menudo como un término medio, el modelo hipotético-deductivo consiste en generar una hipótesis inicial basada en la intuición clínica o el reconocimiento de patrones y luego probar esa hipótesis mediante la recolección estructurada de datos y análisis crítico. Este enfoque se utiliza comúnmente en la terapia cognitivo-conductual (TCC), en la evaluación forense y en las entrevistas diagnósticas. Se alinea con la forma en que los expertos en muchos campos procesan la información: generando rápidamente impresiones basadas en la experiencia previa, seguidas de verificación y ajuste (Kahneman, 2011).

La fortaleza de este modelo radica en su naturaleza iterativa las hipótesis son provisionales y están sujetas a cambios a medida que se dispone de nuevos datos. Sin embargo, en la práctica, los clínicos a menudo detienen el ciclo de prueba de hipótesis prematuramente, cayendo en el sesgo de confirmación o el cierre diagnóstico (Pfeiffer et al., 2000). La efectividad del modelo depende en gran medida de la disciplina metacognitiva del clínico: su disposición a cuestionar suposiciones, generar hipótesis alternativas y tolerar la ambigüedad.

Modelos de decisión y susceptibilidad al sesgo

Cada modelo tiene vulnerabilidades cognitivas inherentes. Los enfoques racionales-analíticos pueden subestimar factores emocionales y relacionales, los modelos intuitivo-humanistas pueden favorecer la coherencia sobre la precisión y el razonamiento hipotético-deductivo puede verse comprometido por una falsificación insuficiente (Tabla 2). Además, los contextos institucionales a menudo favorecen un modelo sobre otro. Por ejemplo, los entornos correccionales y forenses tienden a promover evaluaciones estructuradas y protocolos racionales-analíticos, mientras que las prácticas de psicoterapia privada pueden inclinarse hacia marcos intuitivos o relacionales (Park et al., 2016).

Tabla 2.

Los Tres Modelos de Toma de Decisiones Clínicas y los Riesgos de Sesgo Asociados.

Modelo de Toma de Decisiones	Definición	Vulnerabilidades
Racional-Analítico	Enfoque analítico y Puede restar importancia al estructurado que utiliza contexto personal y la listas de verificación y intuición del clínico. Aún criterios formales; puede estar sujeto a sesgos enfatiza la evidencia y la como el de anclaje (por consistencia lógica. aferrarse a los puntos de datos Frecuentemente iniciales) o sesgo de adoptado en entornos de confirmación (si los clínicos alto riesgo o basados en utilizan selectivamente protocolos (por ejemplo, herramientas que apoyan sus evaluaciones forenses). primeras impresiones).	
Intuitivo-Humanista	Enfoque relacional y Propenso a sesgos personales y basado en la experiencia afectivos (por ejemplo, que prioriza la intuición proyección, efectos "halo"). del clínico y las La coherencia de una buena narrativas del cliente; historia puede ser favorecida	

Modelo de Toma de Decisiones	Definición	Vulnerabilidades
Hipotético-Deductivo	Enfoque híbrido: generar primeras impresiones (intuición) y luego probarlas con datos y análisis crítico. Utilizado en muchas terapias y evaluaciones basadas en evidencia.	valora el contexto, la sobre la precisión fáctica, empatía y el significado aumentando los riesgos de subjetivo. Común en sesgo de confirmación o entornos terapéuticos heurística de disponibilidad abiertos. (basarse en casos pasados memorables). La efectividad depende de una prueba exhaustiva de hipótesis, siendo susceptible al cierre prematuro. Si el ciclo de retroalimentación se interrumpe, las suposiciones iniciales pueden solidificarse (sesgo de confirmación). El éxito requiere una auto-monitorización vigilante para evitar aferrarse a una hipótesis a pesar de la evidencia contraria.

Curiosamente, Park et al. (2016) proponen una tipología triádica de modelos de decisión “El médico sabe lo que es mejor”, “Elección independiente” y “Toma de decisiones compartida” que se relacionan no solo con los estilos cognitivos, sino también con las dinámicas de poder y la participación del cliente. En el modelo “El médico sabe lo que es mejor”, los clínicos mantienen la autoridad total sobre la toma de decisiones, lo que aumenta el riesgo de sesgos no desafiados. En el modelo “Elección independiente”, se presentan opciones a los clientes, pero ellos asumen la responsabilidad de las decisiones, lo que puede oscurecer las asimetrías de poder. En contraste, la toma de decisiones compartida integra los valores del cliente, la evidencia empírica y la experiencia del clínico, creando un marco colaborativo que puede reducir el sesgo y mejorar la adherencia al tratamiento.

Evidencia empírica y paradigmas experimentales

Comprender la presencia y el impacto de los sesgos cognitivos en la psicología clínica requiere más que especulaciones teóricas exige un examen empírico riguroso. Durante las dos últimas décadas, los investigadores han desarrollado paradigmas experimentales para probar cómo los sesgos cognitivos se manifiestan en la toma de decisiones clínicas y qué tan resistentes son a la corrección. Estos estudios revelan consistentemente que los clínicos, independientemente de su nivel de experiencia, son susceptibles a sesgos predecibles incluso cuando están motivados para ser precisos (Garb, 2005; Pfeiffer et al., 2000).

Pfeiffer et al. (2000) encontraron que los clínicos eran más propensos a buscar información confirmatoria cuando habían generado la hipótesis diagnóstica por sí mismos, incluso bajo condiciones de responsabilidad. La manipulación de la responsabilidad no tuvo un efecto significativo en la reducción del sesgo, lo que sugiere que la simple motivación no es suficiente para anular los patrones de razonamiento intuitivos. Esto respalda la idea de que la motivación y la conciencia no son suficientes para superar los sesgos arraigados (Kahneman, 2011).

De manera similar, Garb (2005) mostró que incluso los clínicos experimentados a menudo dependen de señales no diagnósticas, como la atractividad o los estereotipos, más que de datos objetivos. En algunos casos, estos factores se ponderaron más que los resultados de pruebas empíricas o datos de entrevistas estructuradas. Garb concluyó que muchos juicios clínicos son más intuitivos que empíricos, modelados por atajos mentales que eluden los procesos de razonamiento deliberado.

Miller et al. (2015) realizaron un metaanálisis de estudios que examinaron si las valoraciones subjetivas de confianza de los clínicos predecían el desempeño diagnóstico real. Los hallazgos mostraron solo una correlación modesta, con muchos clínicos exhibiendo sobreconfianza en sus interpretaciones a pesar de una evidencia débil. Esta ilusión de validez se ha relacionado con errores en la planificación del tratamiento, mala comunicación con los clientes y resistencia a la supervisión o consulta. Los paradigmas experimentales también se han utilizado para explorar cómo el sesgo interactúa con la complejidad de los casos y la experiencia del clínico. Por ejemplo, Schottenbauer et al. (2007) examinaron cómo los terapeutas integradores respondieron a viñetas de casos que variaban en claridad y ambigüedad diagnóstica. Sus resultados indicaron que, al enfrentarse a casos complejos o ambiguos, los clínicos eran más propensos a depender de su orientación teórica y experiencias previas que de criterios estructurados o evaluaciones estandarizadas. Esto sugiere que la carga cognitiva y la incertidumbre amplifican el sesgo, empujando a los clínicos hacia estrategias de decisión más intuitivas, y a menudo menos confiables.

Además, se han probado diversas intervenciones para prevenir los sesgos. Por ejemplo, herramientas diagnósticas estructuradas, listas de verificación y software de apoyo a la toma de decisiones han mostrado reducir los errores en algunos contextos (Banning, 2008), pero su efectividad depende en gran medida del compromiso del clínico y de la cultura organizacional en la que se implementan. Sin refuerzo, los clínicos tienden a regresar a patrones de razonamiento habituales, especialmente bajo presión.

Es importante señalar que algunos investigadores han examinado cómo los sesgos se intersectan con las inequidades sistémicas. En su análisis sobre la toma de decisiones clínicas en poblaciones racializadas, Puente-López et al. (2024) notaron que las decisiones diagnósticas que involucraban a clientes negros y latinos se vieron más influidas por heurísticas de disponibilidad y efectos de anclaje, particularmente en entornos de alta presión como las unidades psiquiátricas de emergencia. Esto refuerza la idea de que los sesgos no operan en un vacío, sino dentro de estructuras socioculturales e institucionales que pueden amplificar sus efectos.

De forma colectiva, estos estudios revelan varias conclusiones clave:

1. Los sesgos son robustos y persistentes en los entornos clínicos, no limitados a novatos o situaciones de alto riesgo.
2. Las hipótesis generadas por uno mismo, aunque importantes para el compromiso, aumentan la susceptibilidad al sesgo a menos que se combinen con técnicas estructuradas de desconfirmación.

3. La confianza es un indicador poco fiable de precisión y la ilusión de validez es común incluso entre expertos.
4. La complejidad y la ambigüedad del caso aumentan la probabilidad de razonamiento heurístico.
5. La prevención del sesgo requiere más que conciencia, necesita apoyo estructural, educativo e institucional para mantenerse.

Sesgo y resultados en los clientes

Aunque gran parte de la literatura sobre el sesgo cognitivo en la psicología clínica se centra en la precisión diagnóstica y el juicio del clínico, es fundamental enfatizar que el impacto final del sesgo lo experimentan los clientes. Cuando los sesgos distorsionan la formulación del caso, la evaluación o la intervención, las consecuencias no son meramente teóricas moldean la trayectoria de la atención, afectan el compromiso terapéutico e influyen en los resultados psicológicos a largo plazo. Los sesgos cognitivos pueden comprometer la efectividad, la equidad y la humanidad de los servicios psicológicos, especialmente cuando no son reconocidos ni corregidos. Estas consecuencias son particularmente críticas en poblaciones que ya enfrentan barreras sistémicas para acceder a la atención, donde el sesgo puede exacerbar las desigualdades existentes.

Una de las formas más directas en que el sesgo afecta a los clientes es a través de diagnósticos erróneos o diagnósticos retrasados. Si un clínico se ancla en una impresión inicial o interpreta síntomas ambiguos a través de una lente sesgada, el diagnóstico resultante puede ser inexacto o incompleto. Los diagnósticos erróneos a menudo conducen a intervenciones ineficaces o inapropiadas, como el uso de técnicas cognitivo-conductuales para tratar lo que en realidad es un trastorno psicótico no diagnosticado o una estructura de personalidad. En otros casos, el sesgo puede llevar a sobrepatologizar, donde el comportamiento normativo se interpreta como patológico debido a las expectativas del clínico o un desajuste cultural (Puente-López et al., 2024). Por ejemplo, un adolescente latino que expresa angustia a través de quejas somáticas podría ser malinterpretado como exagerado o manipulador, lo que lleva a subestimar el trauma subyacente.

Estos errores pueden dañar gravemente la alianza terapéutica, un predictor clave del compromiso del cliente y el éxito del tratamiento (Norcross & Lambert, 2019). Los clientes que se sienten malentendidos, etiquetados erróneamente o estereotipados pueden experimentar vergüenza, frustración o impotencia. Pueden retirarse del tratamiento de forma prematura, resistirse a participar o desconectarse emocionalmente del proceso. Por ejemplo, si un terapeuta etiqueta prematuramente a un cliente como "resistente" o "borderline", los comportamientos futuros pueden ser interpretados a través de esa lente, lo que lleva a la invalidación y la ruptura (Schottenbauer et al., 2007). En una viñeta clínica, un cliente que faltó a dos sesiones debido a obligaciones de cuidado fue marcado como "no conforme" y se le dieron menos opciones de cita, a pesar de su motivación expresada previamente. Tales atribuciones erróneas comprometen la seguridad relacional y refuerzan la autoridad del clínico sobre la narrativa del cliente.

El sesgo de confirmación juega un papel particularmente pernicioso en la evaluación de los resultados. Los clínicos que están invertidos en un modelo o hipótesis particular pueden interpretar el progreso del cliente de una manera que respalde sus suposiciones. Pueden atribuir la mejoría del cliente a su intervención, incluso cuando factores no relacionados (por ejemplo, apoyo social, cambios en la medicación) están en juego. Por el contrario, pueden culpar a los clientes por la falta de progreso sin cuestionar su propia formulación. Esta dinámica puede llevar a lo que Dror (2025) denomina "atribución sesgada de culpa", donde el fracaso del tratamiento se externaliza a la "no conformidad" del cliente en lugar de promover una reflexión del clínico. Este ciclo también puede desmoralizar al cliente, quien internaliza el fracaso como una insuficiencia personal en lugar de una señal de desalineación clínica.

En entornos institucionales, los efectos del sesgo se ven multiplicados. Los clientes etiquetados como "manipuladores" o "resistentes al tratamiento" pueden ser privados del acceso a servicios de alta calidad, colocados en cargas de trabajo menos apoyadas o sometidos a intervenciones restrictivas. Esto puede ocurrir incluso en equipos bien intencionados, donde la aversión al riesgo o la presión temporal lleva a los profesionales a replicar formulaciones previas sin una reevaluación. Estas etiquetas a menudo siguen a los clientes a través de los proveedores, ya que la documentación y la comunicación refuerzan las primeras impresiones sesgadas. En tales casos, el sesgo pasa del nivel de la cognición individual a convertirse en un obstáculo sistémico para la atención equitativa (Dror, 2025; Avorn, 2018).

El sesgo también afecta desproporcionadamente a poblaciones específicas. La investigación muestra que los clientes de minorías raciales y étnicas, identidades LGBTQ+ o perfiles neurodivergentes tienen más probabilidades de ser mal diagnosticados, patologizados o malinterpretados (Puente-López et al., 2024). Esto puede resultar de sesgos de disponibilidad (donde diagnósticos raros o sensacionalizados se aplican en exceso), errores de atribución o interpretaciones culturalmente insensibles del comportamiento. Por ejemplo, los rasgos autistas en mujeres a menudo se malinterpretan como signos de patología límite, lo que lleva a intervenciones estigmatizantes y a un mayor distanciamiento del cliente de los servicios adaptados a su neurotipo. En estos casos, el sesgo no solo socava el tratamiento, sino que perpetúa la injusticia epistémica, donde la propia narrativa del cliente sobre su experiencia es devaluada o desacreditada (Fricker, 2007).

Quizás lo más preocupante es el impacto del sesgo sobre el autoconcepto y la identidad del cliente. Los servicios psicológicos juegan un papel poderoso en cómo los individuos se entienden a sí mismos. Las etiquetas diagnósticas, las narrativas terapéuticas y las interpretaciones del clínico pueden ser internalizadas por los clientes, influyendo en su autoestima, agencia y comportamiento futuro de búsqueda de ayuda. Un diagnóstico sesgado puede llevar a los clientes a verse a sí mismos como "roto", "peligroso" o "incurable", reduciendo la esperanza y la motivación. Este riesgo es particularmente agudo entre los clientes jóvenes y aquellos en entornos coercitivos como la detención juvenil o la hospitalización psiquiátrica. Cuando estos clientes regresan a sus comunidades, pueden cargar no solo con el peso de los síntomas no resueltos, sino

también con un sentido distorsionado de identidad moldeado por narrativas clínicas sesgadas.

Para contrarrestar estos daños, los clínicos deben desarrollar prácticas sensibles al sesgo. Esto incluye verificar las impresiones diagnósticas contra criterios estandarizados, participar en la toma de decisiones compartidas con los clientes y utilizar modelos de tratamiento informados por retroalimentación para evaluar el progreso. La supervisión debe incorporar revisiones rutinarias de formulación de casos con un enfoque en contratransferencia, factores culturales y el lenguaje de la documentación. Las instituciones también deben invertir en atención culturalmente sensible, diversidad de personal y modelos de supervisión que exploren activamente el sesgo y sus efectos en los clientes. Además, involucrar a los clientes en el proceso de creación de significado, mediante formulaciones colaborativas, retroalimentación narrativa o discusiones transparentes sobre las etiquetas, puede reducir las asimetrías de poder y promover una comprensión mutua.

Estrategias de mitigación

Si bien los sesgos cognitivos en la toma de decisiones clínicas son generalizados y resistentes a la introspección, no son inmutables. Un número creciente de estudios ha propuesto estrategias concretas para reducir el impacto de los sesgos en el razonamiento psicológico. Estos esfuerzos de mitigación operan en múltiples niveles, individual, supervisión, institucional y sistémico, e implican tanto cambios en el procesamiento cognitivo como modificaciones en las estructuras en las que se toman las decisiones. Es importante destacar que una mitigación exitosa requiere más que conciencia; exige herramientas, formación, retroalimentación y marcos de responsabilidad diseñados para apoyar el juicio reflexivo y basado en evidencia.

A continuación, revisamos cuatro dominios clave de la mitigación del sesgo con particular relevancia para la psicología clínica: (1) ayudas estructuradas para la toma de decisiones, (2) formación en metacognición, (3) sistemas informados por retroalimentación y (4) marcos de toma de decisiones compartidas.

Ayudas Estructuradas para la Toma de Decisiones

Se han recomendado ampliamente ayudas estructuradas para la toma de decisiones, como listas de verificación diagnósticas, árboles de decisión y algoritmos basados en evidencia, para reducir la influencia de la intuición y las limitaciones de la memoria en el razonamiento clínico (Lilienfeld et al., 2015). Estas herramientas instan a los clínicos a considerar todos los criterios diagnósticos de manera sistemática, evaluar hipótesis alternativas y aplicar probabilidades basadas en las tasas base para reducir la dependencia excesiva de la información saliente o reciente (es decir, la heurística de disponibilidad). Los estudios en medicina y psicología han demostrado que los enfoques estructurados aumentan la precisión diagnóstica, particularmente en clínicos novatos, y reducen los errores asociados con el anclaje y el cierre prematuro (Banning, 2008). Por ejemplo, las entrevistas diagnósticas estructuradas como el SCID-5 han demostrado mejorar la fiabilidad entre evaluadores y reducir la variabilidad atribuida al juicio del clínico (Garb, 2005).

Sin embargo, las herramientas estructuradas no son panaceas. Requieren tiempo, formación y apoyo institucional para ser implementadas de manera consistente. En entornos que priorizan la velocidad o la autonomía, los clínicos pueden percibir los protocolos estructurados como intrusivos o rígidos. En entornos educativos, enseñar la justificación detrás de las herramientas estructuradas mediante análisis de casos guiados y juegos de roles puede reducir la resistencia de los estudiantes y resaltar su valor como andamiaje para el razonamiento clínico. Para ser efectivas, las ayudas para la toma de decisiones deben integrarse en la cultura clínica como herramientas de apoyo y no como listas burocráticas.

Formación en Metacognición y Vigilancia Epistémica

La metacognición, la capacidad de reflexionar y regular el propio pensamiento, es una habilidad crítica para reconocer y gestionar el sesgo cognitivo (Kahneman, 2011). Los clínicos deben aprender no solo a preguntarse "¿Qué pienso?", sino también "¿Por qué pienso esto?" y "¿Qué podría estar pasando por alto?" Esto implica cultivar humildad epistémica, tolerar la incertidumbre y estar abiertos a la evidencia que desmiente nuestras creencias.

Los programas de formación pueden fomentar las habilidades metacognitivas a través de estrategias pedagógicas estructuradas e informadas por la teoría que vayan más allá de la instrucción general. Estas incluyen demostraciones de "pensar en voz alta", en las que los instructores verbalizan su razonamiento en tiempo real mientras formulan hipótesis clínicas (Lilienfeld et al., 2015), así como técnicas de andamiaje como organizadores avanzados, cuestionamientos guiados y planteamientos de reflexión para ayudar a los estudiantes a internalizar rutinas de toma de decisiones (Collins & Stevens, 1983). La investigación muestra que integrar simulaciones basadas en casos con modelado por parte del facilitador mejora la capacidad de los estudiantes para monitorear, evaluar y regular su propio razonamiento diagnóstico (Eva & Regehr, 2005). Otros métodos apoyados en la educación en profesiones de la salud incluyen:

- Juegos de roles y simulaciones estructuradas donde los estudiantes deben justificar diagnósticos competidores.
- Ciclos de reflexión estructurada (por ejemplo, "¿Qué?", "¿Y qué?", "¿Y ahora qué?") integrados en la supervisión y prácticas.
- Coaching recíproco dirigido por pares y debriefings grupales, que han demostrado fomentar el crecimiento metacognitivo a través de la autoexplicación colaborativa y la crítica compartida.
- Diarios reflexivos sobre encuentros clínicos con un enfoque en los escollos cognitivos.

Colectivamente, estas estrategias operativizan el entrenamiento metacognitivo al transformar el razonamiento implícito en procesos explícitos y enseñables. Incluir estos métodos en los cursos, prácticas clínicas y supervisión mejora la vigilancia epistémica de los trainees y apoya el desarrollo temprano de hábitos que mitigan los sesgos en su formación profesional.

Los modelos de supervisión que incorporan la formulación estructurada de casos y la prueba de hipótesis pueden reforzar estas prácticas (Kanat, 2023). Por ejemplo, los supervisores pueden guiar a los trainees a generar y probar explícitamente explicaciones alternativas, utilizar plantillas de "auditoría

diagnóstica" o mantener una hoja de seguimiento de sesgos durante la práctica clínica.

Dror (2025) enfatiza que solo la conciencia no es suficiente. Sin una práctica deliberada, los clínicos tienden a volver a los patrones de razonamiento familiares, especialmente bajo presión. Por lo tanto, las instituciones deben integrar el entrenamiento metacognitivo continuo en las rutinas clínicas, supervisión y educación continua, no como un módulo único, sino como una competencia profesional central.

Tratamiento informado por retroalimentación y monitoreo del rendimiento

Una de las correcciones más poderosas contra los sesgos es la retroalimentación externa. Los clínicos que reciben retroalimentación específica, oportuna y relacionada con los resultados son más propensos a detectar cuándo sus suposiciones no están produciendo resultados efectivos. Herramientas como el modelo de Respuesta Esperada al Tratamiento (ETR) desarrollado por Lutz et al. (2006) permiten a los clínicos comparar el progreso real de un cliente con los resultados estadísticamente esperados según los datos de ingreso. Cuando surgen discrepancias, estas señalan la necesidad de revisar la formulación del caso, el plan de tratamiento o el método terapéutico.

Los sistemas de tratamiento informado por retroalimentación (FIT), como la Escala de Calificación de Resultados (ORS) y la Escala de Calificación de Sesiones (SRS), proporcionan una retroalimentación directa de los clientes sobre el progreso percibido y la calidad de la alianza terapéutica. Las revisiones meta-analíticas han demostrado que FIT mejora los resultados, reduce la tasa de abandono y aumenta la capacidad de respuesta del clínico (Norcross & Lambert, 2019).

A pesar de esta evidencia, muchos clínicos resisten la retroalimentación debido a la sobreconfianza, el miedo a las críticas o las barreras institucionales. Es fundamental crear una cultura de aprendizaje y curiosidad, donde la retroalimentación sea normalizada en lugar de estigmatizada. Los supervisores juegan un papel clave modelando la apertura a los datos de resultados y ayudando a los clínicos a interpretar la retroalimentación de manera constructiva. En los entornos de formación, el uso de datos anonimizados de casos de compañeros, comparaciones grupales de gráficos de resultados de sesiones y talleres de "interpretación de retroalimentación" pueden ayudar a normalizar este proceso y reducir la defensiva.

Toma de decisiones compartida

La toma de decisiones compartida (SDM) se refiere a un proceso colaborativo en el cual clínicos y clientes evalúan conjuntamente las opciones de tratamiento, sopesan los riesgos y beneficios y co-crean un plan de atención. Park et al. (2016) contrastan SDM con modelos más paternalistas ("el doctor sabe lo que es mejor") o laissez-faire ("elección independiente"), mostrando que SDM reduce el sesgo unilateral, mejora la satisfacción del cliente y fortalece la alianza terapéutica.

Involucrar a los clientes en la toma de decisiones introduce puntos de vista alternativos que pueden desafiar las suposiciones del clínico. Cuando se les pide a los clientes que expliquen sus preferencias, expresen dudas o presenten explicaciones alternativas, los clínicos se ven impulsados a

reconsiderar sus hipótesis. Además, se ha demostrado que SDM aumenta la adherencia y reduce el abandono, probablemente porque potencia la autonomía del cliente y percibe la equidad.

Implementar SDM requiere que los clínicos toleren la ambigüedad, practiquen la transparencia y compartan el poder. Esto puede ser desafiante en sistemas jerárquicos o entornos aversos al riesgo. Sin embargo, los beneficios éticos y clínicos de SDM, incluidos los de mitigación de sesgos, lo convierten en una estrategia valiosa a través de modalidades terapéuticas y entornos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presencia de sesgos cognitivos en la toma de decisiones clínicas no es solo una preocupación metodológica o práctica; también plantea profundas preguntas éticas y epistemológicas. Como psicólogos, los clínicos tienen la responsabilidad de interpretar los mundos internos de los demás y actuar de formas que afecten sus identidades, derechos, relaciones y futuros. Cuando estas interpretaciones se ven distorsionadas por sesgos cognitivos, el resultado no solo es un razonamiento clínico deficiente, sino también violaciones de principios éticos como la beneficencia, la no maleficencia, la justicia y el respeto por la autonomía (APA, 2017).

El sesgo compromete la base ética de la atención psicológica de múltiples maneras. Primero, socava el principio de precisión en el diagnóstico y la planificación del tratamiento. La mala interpretación causada por el sesgo de confirmación, por ejemplo, puede conducir a intervenciones inapropiadas o incluso perjudiciales, etiquetas estigmatizantes o acceso demorado a la atención necesaria (Garb, 2005). En contextos forenses, las evaluaciones sesgadas pueden influir en decisiones legales sobre custodia, sentencias o tratamiento involuntario, lo que plantea serias preocupaciones sobre la equidad y el debido proceso (Avorn, 2018).

En segundo lugar, el sesgo interfiere con la ética relacional de la práctica terapéutica. Cuando los clínicos imponen sus interpretaciones sin un respeto adecuado por la perspectiva del cliente, corren el riesgo de perpetrar una injusticia epistémica, un término acuñado por Fricker (2007) para describir la devaluación injusta de la capacidad de alguien como conocedor. En los entornos clínicos, esto puede ocurrir cuando la narrativa de un cliente se ignora, se reinterpreta o se patologiza a través del lente de una formulación sesgada del caso. Como señalan Puente-López et al. (2024), la injusticia epistémica afecta desproporcionadamente a las poblaciones marginadas, que ya corren el riesgo de una mala representación dentro de los sistemas de salud.

En tercer lugar, los sesgos pueden distorsionar el proceso de consentimiento informado y la toma de decisiones compartidas, componentes esenciales de la atención ética. Si los clínicos no divulgán incertidumbres, presentan opciones de manera neutral o no escuchan las preferencias del cliente con genuina apertura, el proceso de toma de decisiones se ve comprometido éticamente. Park et al. (2016) destacan cómo los modelos tradicionales de "el doctor sabe lo que es mejor", que suprimen la agencia del cliente, facilitan el sesgo sin control y socavan la autonomía.

Las instituciones también tienen responsabilidad en este panorama ético. Las políticas que premian la velocidad sobre la deliberación, desalientan las segundas opiniones o privilegian modelos teóricos particulares pueden reforzar inadvertidamente prácticas sesgadas. Las instituciones éticas promueven la transparencia, fomentan la diversidad de perspectivas y proporcionan mecanismos para la corrección de errores. Como enfatiza Dror (2025), las salvaguardas éticas deben integrarse no solo en el razonamiento individual, sino en el diseño mismo de los sistemas clínicos.

Finalmente, la imperiosa necesidad ética de mitigar los sesgos se alinea con el movimiento más amplio hacia una psicología culturalmente sensible y socialmente justa. Reconociendo que el sesgo a menudo está entrelazado con la desigualdad estructural, los clínicos deben desarrollar humildad cultural, buscar supervisión sobre cuestiones inter-culturales y abogar por el cambio sistémico cuando el cuidado del cliente se vea comprometido por el sesgo institucional.

CONCLUSIONES

Los sesgos cognitivos no son defectos periféricos en la maquinaria del razonamiento clínico; son características centrales y persistentes de cómo las mentes humanas dan sentido a la información compleja, incierta y cargada emocionalmente. En la práctica de la psicología clínica, donde la interpretación, la construcción narrativa y el juicio interpersonal son fundamentales, los sesgos representan una amenaza directa para la precisión diagnóstica, la eficacia terapéutica y la integridad ética.

A través de la evidencia revisada, incluidos estudios experimentales, investigaciones de procesos y modelos teóricos, está claro que sesgos como el sesgo de confirmación, la heurística de disponibilidad, el anclaje, la sobreconfianza y la ilusión de validez modelan cómo los clínicos generan y prueban hipótesis, seleccionan intervenciones y evalúan resultados. Estos sesgos operan sutilmente, a menudo de manera inconsciente y son resistentes a la corrección solo con conciencia (Pfeiffer et al., 2000; Kahneman, 2011). También son sensibles al contexto, amplificados por factores como la presión temporal, el volumen de casos, la relevancia emocional y las normas institucionales.

Los efectos del sesgo van más allá de la distorsión cognitiva e impactan los resultados del cliente, las alianzas terapéuticas y la distribución de los servicios psicológicos. Los juicios sesgados pueden llevar a diagnósticos erróneos, tratamientos inapropiados, rupturas en la alianza y daño psicológico a largo plazo, particularmente para los clientes de comunidades marginadas, cuyas experiencias son más propensas a ser malinterpretadas o desestimadas. Cuando los sesgos se acumulan y no se corrigen, pueden propagarse a través de la documentación, la comunicación en equipo y los procesos sistemáticos, dando lugar a lo que Dror (2025) describe como cascadas de sesgo y efectos bola de nieve.

Mitigar estos riesgos requiere un enfoque multinivel. A nivel individual, los clínicos deben cultivar habilidades metacognitivas, humildad epistémica y una disposición a considerar hipótesis competidoras. A nivel institucional, los sistemas de toma de decisiones, retroalimentación y modelos de

supervisión deben estar estructurados para apoyar la práctica reflexiva y la corrección de errores. La toma de decisiones compartida ofrece una vía particularmente prometedora, alineando imperativos éticos con eficacia clínica al incluir a los clientes como agentes activos en su atención.

Los sesgos cognitivos no son simplemente problemas de conocimiento; son desafíos de ética, poder e interpretación. Abordarlos exige tanto estrategias técnicas como una reconsideración del rol del clínico: de experto en diagnóstico a creador colaborativo de significado, de intérprete confiado a crítico auto-inquisitivo. A medida que la psicología clínica sigue evolucionando hacia una mayor práctica basada en evidencia, sensibilidad cultural e integración interdisciplinaria, también debe abrazar la ciencia de la toma de decisiones como parte de su base. El sesgo cognitivo no es un enemigo que deba erradicarse, sino una vulnerabilidad que debe gestionarse: un recordatorio constante de que conocer a otra persona requiere no solo conocimiento, sino también autoconocimiento.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2006). *Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice*. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Arshed, N., & Danson, M. (2015). The literature review. In K. D. O’Gorman & R. MacIntosh (Eds.), *Research methods for business and management: A guide to writing your dissertation* (2nd ed., pp. 31–49). Goodfellow Publishers. <https://doi.org/10.23912/978-1-910158-51-7-2790>
- Avorn, J. (2018). The psychology of clinical decision-making—Implications for medication use. *The New England Journal of Medicine*, 378(7), 689–691. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1714984>
- Banning, M. (2008). Clinical reasoning and its application to nursing: Concepts and research studies. *Nurse Education in Practice*, 8(3), 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.nep.2007.06.004>
- Collins, A. M., & Stevens, A. L. (1983). *A Cognitive Theory of Interactive Teaching* (No. BBN4602).
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38–43. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>
- Dror, I. E. (2025). Cognitive and human factors in expert decision making: Six fallacies and the eight sources of bias. *Behavioral Sciences*, 15(2), 490. <https://doi.org/10.3390/bs150200490>
- Eva, K. W., & Regehr, G. (2005). Self-assessment in the health professions: A reformulation and research agenda. *Academic Medicine*, 80(10 Suppl), S46–S54. <https://doi.org/10.1097/00001888-200510001-00015>
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230–235. <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>
- Fricke, M. (2007). Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing. Oxford University Press.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10299-000>
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67–89. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143810>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Kanat, A. (2023). Intuition in clinical decision-making: A phenomenological and epistemological review. *Advances in Integrative Medicine*, 11(2), 3–7. <https://doi.org/10.1177/0898010117725428>
- Lilienfeld, S. O., Ammirati, R., & Landfield, K. (2015). Giving debiasing away: Can psychological research on correcting cognitive errors promote human welfare? *Perspectives on Psychological Science*, 10(6), 390–398. <https://doi.org/10.1177/1745691615598516>
- Lutz, W., Rubel, J., Schwartz, B., Schilling, V., Deisenhofer, A. K., & Zimmerman, D. (2006). Predicting successful psychotherapy outcomes: Development of the Expected Treatment Response model. *Psychotherapy Research*, 16(4), 432–442. <https://doi.org/10.1080/10503300600589474>
- Miller, G. A., Hempel, R. J., & Nezu, A. M. (2015). The relation between diagnostic confidence and accuracy in mental health assessments: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 41, 29–44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.001>
- Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology*, 2(2), 175–220. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.2.175>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 56(4), 423–426. <https://doi.org/10.1037/pst0000270>
- Park, S., Jeon, S., & Lee, Y. (2016). Shared decision-making in mental health care: Review and conceptual model. *Psychiatric Services*, 67(1), 36–39. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400533>
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Blackwell Publishing.
- Pfeiffer, S. I., Glass, C. R., & Blevins, G. A. (2000). Decision-making biases in the clinical judgment process: The influence of hypothesis generation and accountability. *Journal of Clinical Psychology*, 56(7), 943–953. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200007\)56:7<943::AID-JCLP1>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200007)56:7<943::AID-JCLP1>3.0.CO;2-1)
- Pronin, E., Lin, D. Y., & Ross, L. (2002). The bias blind spot: Perceptions of bias in self versus others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(3), 369–381. <https://doi.org/10.1177/0146167202286008>
- Puente-López, E., ortega-Maldonado, A., & Galende, N. (2024). Epistemic injustice in clinical psychology: Challenges and recommendations for inclusive diagnostic practices. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), 22–35. <https://doi.org/10.1002/cpp.2854>
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2007). Decision-making processes in integrative psychotherapy: A preliminary model and agenda for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(3), 252–273. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.17.3.252>
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5(2), 207–232. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(73\)90033-9](https://doi.org/10.1016/0010-0285(73)90033-9)
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124–1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>