

## Conferencia del V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica

### Los múltiples rostros de la evaluación en psicoterapia.

HÉCTOR FERNÁNDEZ ÁLVAREZ<sup>1</sup>

La evaluación psicológica suele entenderse como un procedimiento que puede servir para: 1) distinguir conductas duraderas, 2) predecir la forma en que una persona habrá de responder en determinadas situaciones o 3) encontrar eventos o tratamientos que pueden ayudar a una persona a cambiar algo que le genera dificultades (Beutler, Groth-Marnet, 2003). Esta última acepción es la que se ajusta mejor a los objetivos que se persiguen en el terreno que aquí exploramos.

La evaluación ocupa en el campo de la psicoterapia actual un lugar muy relevante. Los terapeutas recurren a ella para cubrir diversas necesidades. Dos son los contextos en los que surgen esas necesidades: la *clínica* y la *investigación*, y en cada uno de ellos se hacen presentes diferentes requerimientos. Aunque a veces operan de manera complementaria, ambos con-

textos marcan una diferencia que no es más que el reflejo de la distancia que media entre el mundo de lo profesional y de lo académico, traduciendo uno de los baches más profundos que todavía hoy atraviesan nuestras prácticas y que es imperioso superar. Creo que la evaluación tiene la posibilidad de cumplir, precisamente, un papel fundamental en el intento por encontrar un puente que permita la conexión entre ambas realidades.

En esta presentación nos proponemos exponer un panorama de las principales dimensiones que conforman este ámbito y presentar los problemas operativos que se suscitan a partir, justamente, de esos diferentes requerimientos que se desprenden desde la clínica y desde la investigación. *¿Qué* evaluamos en el territorio de la psicoterapia? *¿Quién* es el que debe estar a cargo de una evaluación? Y finalmen-

---

<sup>1</sup> AIGLE. Buenos Aires. Argentina.

Campo de la clínica terapéutica	<p>Momentos de la terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio</li> <li>• Durante</li> <li>• Fin de tratamiento</li> </ul>
Campo de la Investigación	<p>Moderadores y mediadores de la terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A lo largo del proceso</li> <li>• En los resultados</li> </ul>
	<p>Eficiencia de la terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de eficacia</li> <li>• Estudios de efectividad</li> </ul>

te, ¿Cuándo y cómo realizamos las distintas evaluaciones?

Para contestar estos interrogantes nos serviremos del siguiente cuadro:

Para los clínicos, las necesidades de una evaluación dependen del momento del tratamiento que esté en consideración. En la *fase inicial* sus preocupaciones están vinculadas con la confección del diseño terapéutico. *Durante el tratamiento*, el terapeuta recurre a la evaluación para estimar la marcha de la terapia y, eventualmente, realizar ajustes en el diseño empleado. Hacia el *fin del tratamiento*, el mayor valor de evaluar un proceso psicoterapéutico está relacionado con ponderar los logros alcanzados y facilitar una toma de decisión sobre la terminación.

En el campo de la investigación, los pacientes resultan evaluados para explorar, por un lado, el peso relativo de las variables que forman parte del tratamiento y, por otro, conocer la efi-

ciencia que posee un determinado procedimiento. Ambos propósitos son absolutamente convergentes, pero suponen dos ámbitos de estudio diferentes. En el primer caso, la investigación puede enfocarse sobre el estudio de las funciones que explican los *resultados* obtenidos, o bien, dirigirse a la exploración de cómo se comportan las variables a lo largo del *proceso*. En el segundo caso, la investigación intenta conocer la magnitud de los cambios registrados, el alcance de los beneficios que cada psicoterapia produce para el paciente. Este estudio de la eficiencia se ha distribuido hasta la actualidad en dos grandes grupos de programas de investigación, unos centrados en la *eficacia*, otros en la *efectividad*.

Como es lógico, existe un clamor generalizado de que los objetivos que persiguen la clínica y la investigación deben confluír y que la psicoterapia se

vería muy beneficiada si fuera posible superar esa brecha. No caben dudas de la importancia que puede adquirir el desarrollo de la investigación para esta disciplina que pretende tener legitimación científica. La evaluación sistemática tendiente a realizar estudios empíricos de investigación cumple, a esos fines, un gran cometido. Sin embargo, las necesidades de los clínicos muchas veces están muy alejadas de ese punto y no pueden estar sujetas a los vaivenes de los investigadores. Básicamente porque los clínicos necesitan encontrar respuestas a corto plazo, muchas veces movidos por fuertes urgencias de parte de los pacientes. Y la investigación suele ser, con frecuencia, muy lenta. De allí que en buena medida, las decisiones a tomar deban sujetarse al logro de un buen balance entre costos y beneficios. ¿Cuántas sesiones le vamos a dedicar a un paciente? ¿Cuánto tiempo podrá durar un tratamiento? ¿Cuántos recursos podrán utilizarse en función de la disponibilidad del paciente y de los objetivos que se esperan conseguir? La búsqueda de ese equilibrio, como veremos a continuación, incide de manera muy directa sobre la evaluación.

### **Evolución de la evaluación en psicoterapia**

En la época clásica de la psicoterapia, a la evaluación también le correspondió un período clásico que tuvo la

forma del denominado Psicodiagnóstico. Así, con mayúsculas, pues se trataba no solamente de la evaluación de ciertas variables o aspectos del paciente sino de un estudio completo (o al menos así se intentaba que fuera) sobre el funcionamiento mental del paciente, particularmente orientado a diseccionar las condiciones psicopatológicas del mismo. La indicación de hacerle un psicodiagnóstico a una persona era una decisión que implicaba un proceso largo y complejo que solía terminar con un dictamen amplio, del cual podía desprenderse la recomendación para la puesta en marcha de una psicoterapia.

Durante ese período, en el que dominaba el psicoanálisis, las pruebas proyectivas tenían un papel preponderante. Con un perfil fuertemente psicodinámico, servían como herramienta fundamental para explorar el universo de las fantasías inconscientes del paciente. El Rorschach, creado en los primeros años del siglo XX se convirtió, merced a la complejidad de la técnica, en el paradigma de instrumento capaz de explorar en profundidad esa dimensión inconsciente.

Con el surgimiento de nuevas perspectivas de tratamiento (y acorde con la evolución de los instrumentos de evaluación en el campo de la psicología de la personalidad) comenzaron a incorporarse a los diagnósticos cuestionarios e inventarios de personalidad, de los cuales el MMPI (Hathaway y McKinley, 1942), fue un icono fundamental.

El siguiente paso estuvo marcado por la aparición de una fuerte corriente que propició el empleo de terapias breves y focalizadas. Esto determinó un cambio radical en la concepción del clásico psicodiagnóstico. Un examen tan largo y complejo, tan vasto en sus alcances, pasó a resultar menos necesario y, en su lugar, adquirió mayor relevancia la evaluación de aspectos más particulares de la experiencia personal del paciente y de ciertas conductas en particular.

Finalmente, cuando a mediados de la década de los 70, la investigación empírica en psicoterapia comenzó a levantar vuelo de manera definitiva, surgió la necesidad de contar con instrumentos ágiles y muy específicos que fueran acordes a los requerimientos de la investigación: *brevedad en la aplicación, posibilidad de replicación, elevada transferencia* y otras condiciones propias de este campo. De ese modo, comenzaron a proliferar las pruebas psicológicas destinadas a evaluar aspectos particulares de la actividad mental, muchas de ellas compuestas con un número reducido de ítems, permitiendo de esa manera una administración en poco tiempo y de manera reiterada, además de exigir un entrenamiento mínimo para su administración e, incluso, para evaluar sus resultados.

### **Dispositivo de la Evaluación en Psicoterapia**

El dispositivo que se requiere para

llevar a cabo adecuados procesos de evaluación en este campo está condicionado, en primer lugar, por el volumen de la demanda que debe atenderse. El número de personas que deben ser evaluadas en cada momento es determinante a la hora de seleccionar el método y los instrumentos que habrán de utilizarse. Este problema global debe dilucidarse dentro de una buena toma de decisión de la relación costo/beneficio en la operación a realizar. Una de las primeras destrezas que debe aprender todo psicoterapeuta es saber seleccionar los elementos más significativos en el flujo del diálogo que mantiene con sus pacientes. De todo lo que dice el paciente, ¿qué es lo que conviene retener en primer plano?, ¿cuáles son las preguntas más útiles que puede formular, entre todas las que vienen a su mente?. Lo mismo ocurre cuando pensamos en el proceso de evaluación. ¿Qué es conveniente evaluar, de todo lo que puede parecer de interés para cada caso?

No existe un molde que pueda aplicarse a todas las situaciones. Numerosos factores inciden en la elección del formato más efectivo para cada caso. El volumen de la demanda, antes mencionado, ligado a las condiciones institucionales es una variable que determina en buena medida ese formato. También influyen las condiciones subjetivas de cada paciente y los interrogantes que se plantea quien construye el diseño de la psicoterapia para ese paciente. Estas y otras cir-

cunstancias asociadas, influyen en la cantidad de entrevistas que pueden destinarse a estos fines, en la cantidad y el tipo de instrumentos que se pueden aplicar al paciente y en el tiempo que puede demorar la confección de un informe de evaluación.

Por supuesto que una de los factores que más inciden en esta selección es el destino que habrá de darse a ese informe. Aquí se elevan con nitidez las diferencias entre los objetivos clínicos y de investigación. Cada uno de esos propósitos determina una búsqueda todavía hoy muy dispar respecto de los datos relevantes así como de la manera en que deben ser presentados. La búsqueda clínica es más abarcadora (por ejemplo suele incluir la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial) y prospectiva (se espera que tenga alto valor pronóstico), mientras que la de la investigación es más focal y debe estar expuesta a condiciones de control más firmes.

¿Quién es el encargado de la evaluación? ¿El terapeuta? ¿Un evaluador? ¿Es necesario y/o conveniente que éste sea un terapeuta? Teniendo en cuenta la secuencia de acceso a la terapia, el primer contacto que tiene un paciente que busca ayuda es con un admisor, sea o no éste el terapeuta quien luego lo asistirá. De hecho, muchas veces su trabajo puede ser el de coordinar un equipo de salud mental y no estar centrado en el ejercicio de la psicoterapia. Desde que comien-

za con su tarea de admisión tiene que proceder a discriminar, entre un conjunto de variables, las claves que pueden conducir, a través de un ágil árbol de decisión, a la conclusión de si el paciente necesita o no psicoterapia. Este proceso varía en extensión y complejidad de acuerdo con la dificultad de cada caso, pero conlleva como labor fundamental un proceso de evaluación.

En muchas oportunidades, el admisor (y el terapeuta durante el tratamiento) consideran necesario la intervención de un especialista en evaluación. Lo que suele buscarse con ellos, obviamente, es un manejo superior en el uso de instrumentos específicos y, tal vez, un componente de mayor objetividad en la estimación de los fenómenos estudiados. El punto más difícil a resolver en ese caso es el diálogo entre terapeuta y evaluador. Aquí se encuentra, a mi juicio, uno de los puntos de debate más interesantes en la actualidad. Tanto la psicoterapia como la evaluación son campos que han progresado de manera enorme, pero esto no ha simplificado ese diálogo, sino más bien lo contrario. *¿Qué es lo que necesita solicitarle el terapeuta al evaluador? ¿Qué datos pueden ser los más útiles en cada caso? ¿Qué diagnóstico presuntivo conviene que le anticipe el terapeuta y qué datos de la entrevista pueden ser un sesgo que condicione negativamente la tarea del evaluador?* Preguntas de este tipo surgen a diario en nuestra

práctica clínica y no tenemos buenas respuestas para ello. Pero una cosa es segura: si creemos necesario recurrir a ese proceso será para perseguir un valor agregado en los informes respectivos, aún cuando en algunos casos tengan el valor de pruebas confirmatorias de diagnósticos iniciales. De cualquier manera, todavía resta por elaborar criterios firmes que sirvan para hacer de ese intercambio un diálogo lo más fértil posible.

### **La Evaluación al Inicio del Tratamiento**

Aquel que recibe a un paciente que luego ingresa a una psicoterapia comienza a dialogar con él con preguntas como “¿Qué le anda pasando?” o “¿Qué lo trae por acá?”. Dichas preguntas conllevan una incipiente evaluación que puede contar como antecedente con otro estudio psicológico, tal como ocurre cuando el admisor dispone de un informe previo a la consulta, elaborado y enviado por quien actuó como derivador del paciente. Muchas veces, ese informe es un diagnóstico confeccionado en una escuela, un juzgado, un centro médico o una organización laboral donde se planteó la necesidad de realizar una consulta. En pocas palabras, en esos casos la evaluación está instalada desde el punto de partida como un componente sustancial del proceso terapéutico.

La *evaluación inicial* consiste en

una serie de procedimientos dirigidos a examinar determinadas variables del paciente identificado. ¿Qué variables conviene evaluar? No existe un criterio universalmente establecido a ese respecto, pero dado que el *Informe de evaluación* resultante debe servir para poder establecer el diseño de la terapia, deberá contener los elementos necesarios en relación con cuatro puntos principales: a) la extensión del tratamiento, b) el formato de la terapia, c) los recursos que podrán aplicarse (incluyendo las técnicas a utilizar) y d) el pronóstico estimado. Veamos cada uno de ellos.

La *extensión del tratamiento*: la primera decisión que todo terapeuta debe tomar al diseñar una terapia es estimar su duración total así como la frecuencia de las sesiones y el tiempo de éstas. Puede no haber una definición detallada, pero será muy útil saber si el tratamiento será breve, intermedio o prolongado. El *formato de la terapia* remite a la decisión de si lo conveniente es emplear un dispositivo individual, familiar, vincular, grupal, alguna combinación de ellos, etc. Los *recursos* definen el tipo de intervenciones y técnicas que serán más adecuadas para facilitar los procesos de cambio que el paciente necesita. El *pronóstico* servirá para secuenciar del mejor modo el diseño de la psicoterapia.

Aunque las variables particulares que cada evaluador pueda seleccionar habrán de depender, con seguridad, de

su marco teórico de referencia y de las condiciones específicas en que se realiza cada estudio, asistimos a una convergencia progresiva de los criterios generales a seguir en estos casos. La Selección Sistemática de Tratamientos (Beutler y Harwood, 2000) provee una lista de las principales variables a tener en cuenta para la selección de un diseño terapéutico. Las dimensiones que identifica permiten obtener un mapa adecuado para esos fines. Son las siguientes:

- 1) Malestar subjetivo del paciente
- 2) Severidad del trastorno
- 3) Complejidad y cronicidad del problema
- 4) Red social de apoyo
- 5) Resistencia al cambio
- 6) Estilo de afrontamiento

Existen dos cuestiones adicionales a considerar en esta fase de la evaluación. Por un lado, puede ser necesario que, además de estudiar al paciente identificado, se requiera realizar alguna evaluación sobre otras personas significativas vinculadas con el paciente. Un buen ejemplo ocurre con las consultas de personas que presentan signos adictivos. Explorar el grado de codependencia de un familiar puede ser necesario para la elección del formato de tratamiento. Otro ejemplo lo encontramos cuando debemos evaluar la conducta disruptiva de pacientes con signos límites o psicóticos. Estudiar la red social de apoyo con que cuentan es de máxima impor-

tancia en esos casos. Este punto es el preludeo de la evaluación relacional, algo que retomaremos un poco más adelante.

Otro aspecto de enorme importancia es que el proceso de evaluación (y el diagnóstico incluido en él) puede servir en muchos casos como una intervención. Informarle al paciente los resultados preliminares de una evaluación ayudan muchas veces para reducir su ansiedad ante los síntomas que manifiesta. Del mismo modo que ocurre con las consultas de pacientes a otros profesionales, un informe puede aliviar, a veces, los temores de padecer algo grave, así como también puede ser, en otra dirección, algo que motive al paciente a despejar las dudas para iniciar un tratamiento que efectivamente necesita.

### **Los Instrumentos**

Disponemos de diferentes métodos para evaluar las variables seleccionadas, agrupados en dos fuentes de datos: las entrevistas y las pruebas psicológicas. Exponemos a continuación los principales métodos y su alcance respectivo:

- 1) Entrevista Clínica. Es el punto de partida de la evaluación y sirve para explorar los distintos componentes de la búsqueda del paciente y su disponibilidad para cambiar.
- 2) Entrevista Estructurada. Permite conocer rápidamente (y a un grupo numeroso de pacientes) datos sobre

la severidad del trastorno. El SCID (Entrevista clínica estructurada para el DSM) (First y col. 1999) es un buen ejemplo

3) Cuestionarios e Inventarios Generales. Sirven para confeccionar perfiles disfuncionales sobre dimensiones como en el caso del MMPI-2 (Butcher y col., 1989) o del MCMI-III (Millon, 1977) o respecto de las manifestaciones sintomáticas del paciente como ocurre con el SCL-90-R (Symptoms Check List-90-R) (Derogatis, 1994, Casullo, 2003)

4) Cuestionarios Específicos. Son pruebas utilizadas para explorar un aspecto clínico particular, como la depresión (Beck Depression Inventory-BDI), la ansiedad (State and Trait Anxiety Inventory-STAI), o la esquizotipia (Multidimensional schizotypal traits Questionnaire- MSTQ).

5) Tests objetivos de conducta. Sirven para obtener datos cuando no es posible acceder mediante autodescripciones. La medida de la tensión muscular, el movimiento ocular o la frecuencia cardíaca son algunos de los más empleados.

6) Pruebas Proyectivas. Especialmente diseñadas para estudiar el funcionamiento de las dimensiones dinámicas de la personalidad.

¿Cuáles de estas pruebas son aplicadas más habitualmente? Farnsworth, Hess y Lambert (2001) encontraron

que entre los instrumentos más utilizados para la evaluación en psicoterapia se encuentran el BDI (Beck, 1993) el IIP (Inventory of Interpersonal Problems) (Horowitz, 1988), la SCL-90-R (Derogatis, 1994) y el STAI (Spielberger, 1983). Como puede observarse son cuestionarios y, entre ellos, varios destinados a evaluar variables muy específicas.

Esto último puede estar fuertemente vinculado con la presión ejercida por los requerimientos de la investigación. Aunque también se nota en ello la necesidad de obtener evaluaciones más finas para ciertos trastornos. Sin embargo, el tema de la especificidad de las pruebas tiene facetas muy controversiales. Una de las circunstancias más curiosas de los últimos años en este terreno ha sido la “explosión” de las pruebas específicas de evaluación. Froyd, Lambert y Froyd (1996), estudiando 5 de las publicaciones más importantes de la especialidad, encontraron que para el diagnóstico en psicoterapia, durante un período de 5 años, fueron utilizados 1430 cuestionarios. De estos, 840 fueron empleados una sola vez y muchos de ellos no estaban estandarizados.

Por otro lado, el desarrollo de instrumentos específicos ha respondido a la necesidad de obtener evaluaciones más finas de ciertos trastornos. Por ejemplo el MSTQ (Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire-MSTQ) de Rawlings y Mac Farlane (1994), o el RISC (Rust Inventory of



Schizotypal de Rust, 1989) tienen mucha utilidad para el estudio de los rasgos esquizotípicos.

En su afán por obtener instrumentos más acotados, se han desarrollado formas cada vez más breves, como es el caso del BDI-Fast Screen (Beck, Steer y Brown, 2000), el BSS (Beck Scale for Suicide Ideation) (Beck y Steer, 1991) o el CTQ (Childhood Trauma Questionnaire) (Bernstein y Fink, 1997), pruebas que contienen menos de 10 ítems y cuya aplicación puede demandar entre 5 y 10 minutos. Se trata de procedimientos que tienen un indudable valor investigativo pero que pueden ser de poco peso para el clínico.

### **El Informe de Evaluación**

¿Cómo componer un informe pensando en la psicoterapia? ¿Qué elementos debe proveer para el terapeuta? En principio, teniendo en cuenta las dos fuentes de datos antes mencionadas, el juicio clínico, que se nutre fundamentalmente de los datos de las entrevistas, aporta al informe material referido al malestar subjetivo del paciente, la complejidad y cronicidad del problema, la red social de apoyo y el nivel de resistencia. Las pruebas, en cambio, aportan información relevante sobre el daño funcional y la severidad del trastorno, así como sobre el estilo de afrontamiento. Esta distinción debe entenderse en sentido orientativo y no excluyente.

El resultado final del informe suele conducir a un diagnóstico que puede ser de carácter *dimensional y/o categorial*. Ambas formas obedecen a distintos propósitos institucionales, pero para la psicoterapia no caben dudas que el diagnóstico dimensional tiene mucho mayor validez. Los diagnósticos basados en taxones suelen ser de poco valor, excepto en el caso de que se esté trabajando con sistemas terapéuticos altamente manualizados. Como elemento complementario, el informe puede incluir también un *diagnóstico diferencial*. El elemento conclusivo del informe será la formulación de un pronóstico sobre la terapia.

El diagnóstico diferencial es de suma importancia, especialmente si no se lo entiende solamente como la discriminación entre categorías sino que sirve para efectuar distinciones entre las diferentes condiciones que conforman la demanda. De allí surgirán los elementos en que pueda apoyarse el equipo terapéutico para decidir si al paciente le conviene emprender una psicoterapia o no y en caso de que esto sea afirmativo si es necesario que reciba, además, otro tratamiento, como por ejemplo farmacoterapia.

### **Ampliando el horizonte**

Durante muchos años, la evaluación de los pacientes estuvo centrada en el estudio de las variables del individuo afectado por una perturbación. Era la consecuencia de la extensión a

este terreno del modelo de examen médico. Sin embargo, con el paso del tiempo, se fue imponiendo la idea de que los trastornos de que nos ocupamos no son sino expresiones de fenómenos interaccionales y lo que vemos como síntomas en un paciente es una manifestación focal de un fenómeno más amplio que abarca las relaciones de ese paciente en contextos interpersonales. La psicoterapia abrazó una nueva perspectiva, sistémica, y la evaluación se abrió hacia un nuevo mundo. Así surgieron nuevos métodos de exploración como el SASB (Structural Analysis of Social Behavior) (Benjamín, 1974), el Análisis Circumplejo (Olson, 1986), el IIP (Inventory of Interpersonal Problems) (Horowitz, 1988) y el CCRT (Core Conflictual Relation Theme) (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1990).

Tomando este último instrumento como ejemplo, su objetivo es identificar qué personas han sido claves en la vida del paciente, comenzando por los padres, hermanos y otros miembros de su familia para continuar la exploración con los pares, parejas, empleados, maestros y otras autoridades. El instrumento busca identificar: 1) los deseos del paciente en esas relaciones, 2) las acciones de esas personas cuando el paciente intentó cumplir con sus deseos y 3) las consecuencias de los actos del paciente según que sus deseos se realizaran o no.

El desarrollo de programas de

evaluación de sistemas tales como parejas y familias viene siendo un campo fértil de la investigación. Los terapeutas enrolados en esa corriente han tenido actitudes controversiales respecto a la conveniencia de utilizar instrumentos de evaluación a semejanza de los que se emplean en la exploración de pacientes individuales (Kaslow, 1996). Entre las razones esgrimidas en contra de ese empleo se mencionan cuestiones como que la evaluación *interfiere con las intuiciones*, que *representa un enfoque positivista o impide acercarse a la verdad*. Como contrapartida se mencionan diversas razones tales como que la evaluación *puede proveer una visión comprensiva del sistema, puede ayudar al terapeuta y al paciente a conectarse y puede ahorrar tiempo y aumentar la efectividad*.

### **La psicoterapia como proceso interpersonal**

Lo que antecede describe en general los problemas más habituales con que nos enfrentamos a diario en este campo. Sin embargo, la presentación tiene un punto débil: la psicoterapia no es una manera de establecer cambios *sobre* alguien; es una *actividad relacional* y evaluando al paciente conocemos sólo una parte de lo que ocurre con el proceso terapéutico. Podemos realizar una correcta evaluación inicial del paciente y en base al informe respectivo realizar un buen diseño de tra-

tamiento. Sin embargo, puede ocurrir que eso nos ilustre pobre o erróneamente sobre el curso de la terapia pues ésta dependerá de lo que pase en la relación entre paciente y terapeuta.

Como sabemos, dicha relación es un componente fundamental de la alianza terapéutica, siendo ésta el mejor predictor de que disponemos respecto de los resultados de un tratamiento. De ello se desprende que hay dos nuevas instancias que ingresan en el foco de lo que es conveniente evaluar en psicoterapia. Por un lado necesitamos evaluar al terapeuta, pues de sus características y condiciones singulares dependerá la posibilidad de encontrar un buen ajuste en la relación con el paciente. Además, será necesario tener una medida de la alianza terapéutica.

La evaluación del terapeuta es un fenómeno que suele llevarse a cabo de manera muy imprecisa, básicamente a partir de las observaciones generales que los supervisores hacen de su desempeño. Recientemente hemos comenzado a desarrollar un modo sistemático de evaluación del estilo personal del terapeuta, para lo cual hemos confeccionado un cuestionario especialmente diseñado para ese fin (Fernández-Álvarez y García, 1998).

Para evaluar la alianza terapéutica se han desarrollado diversos instrumentos. Entre más los conocidos podemos mencionar los siguientes:

- WAI – Working Alliance Inventory (Horvath y Greenberg, 1986)
- ATAS – Adolescent Therapeutic

Alliance Scale (Johnson et.al., 1998)

- Penn-HAS – Penn Helping Alliance Scales (Luborsky, 1976)

- CALPAS – California Psychotherapy Alliance Scales (Marmar y col., 1989)

- TARS – Therapeutic Alliance Rating Scales (Marziali, Marmar & Krupnick, 1981)

- Couple/Family Therapeutic Alliance Scale (Pinsof y Catherall, 1986)

La medida de la alianza constituye, fundamentalmente, una estimación del proceso terapéutico y está dirigida a contar con un registro que permita realizar los ajustes necesarios en el curso del tratamiento. Como se puede observar en el listado arriba mencionado, existen pruebas destinadas a evaluar aspectos particulares de la variable general, según que se estudie la alianza en diferentes dispositivos y para distintas poblaciones de pacientes. El fin primordial de la evaluación de la A.T. está relacionado con prevenir la presencia de impasses en la relación terapéutica que puedan conducir a una ruptura de la alianza. Esto nos conduce al siguiente punto dentro de nuestro recorrido.

### **La evaluación durante el curso de la terapia**

A lo largo de la terapia la evaluación puede servir a distintos fines, todos ellos asociados con la posibili-

dad de efectuar estimaciones acerca del grado de corrección con que se lleva a cabo el tratamiento. El punto de partida para este tipo de estudios es contar con una buena elaboración de registros que permitan disponer de la información necesaria. Recientemente esto se ha visto muy facilitado gracias al empleo de procedimientos técnicos como las grabaciones de audio y de video que permiten disponer de los materiales necesarios para observar el curso del tratamiento.

Una segunda fuente de datos que podemos considerar es la evolución de las tareas intersesión. No todas las psicoterapias emplean (y menos aún de manera sistemática) tareas entre sesiones que el paciente debe cumplir para poder avanzar con el tratamiento. Como se ha visto, el cumplimiento de lo pactado en este punto por parte del paciente es un muy excelente criterio para predecir el éxito de una terapia. Los pacientes que cumplen, de manera regular y sistemática con las tareas suelen ser los que obtienen mejores resultados con el tratamiento. Por lo tanto, una fuente importante es evaluar de qué manera el paciente va cumpliendo con las tareas que se le encomiendan.

Una tercera fuente es la que puede extraerse utilizando instrumentos. En algunos casos se pueden aplicar técnicas de evaluación que puede servir para otras instancias. Pero también existen modelos de evaluación totalmente específicos para ese fin. El

OQ-45 (Lambert y col., 1996) es un instrumento de apenas 45 ítems que sirve para evaluar la marcha de una terapia. Utiliza tres dimensiones (nivel sintomático, relaciones sociales y relaciones interpersonales) permite conocer en qué medida el paciente cambia efectivamente en el curso del tratamiento y cuánto es el grado de mejoría que obtiene. También puede ser indicativo del empeoramiento del paciente. Estos datos tienen, obviamente, enorme utilidad para decidir si el curso de una terapia es el correcto o si es conveniente pensar en modificar algo del dispositivo o, incluso, la derivación del terapeuta.

El uso de este tipo de estudios suele adquirir toda su importancia cuando se observa el abordaje de la psicoterapia como un proceso en el que hay tres partes involucradas: el paciente, el terapeuta y el sistema institucional que opera como un elemento regulador de la práctica. Una vez más cobra relieve el problema del volumen. Es en el contexto de los grandes números donde más se justifica el empleo de técnicas de evaluación de este tipo.

Pero, no siempre la manera de evaluar una psicoterapia es recurriendo a métodos cuantitativos. El análisis narrativo se ha convertido en una metodología preferida por muchos terapeutas que conciben el proceso de la terapia como una experiencia dialógica a través de la cual el paciente

puede acceder, en el intercambio con su terapeuta, a una nueva forma de relatar su historia personal, como el medio necesario para superar las dificultades que lo han llevado a la consulta. La psicoterapia, vista como un acontecimiento narrativo requiere de métodos de evaluación centrados en el análisis del discurso y en explorar la manera en que evoluciona dicho discurso a lo largo de las sesiones.

También en las evaluaciones durante el curso del tratamiento el objetivo de la exploración puede enfatizar los fines clínicos o de investigación. Las pruebas más generales suelen ser las que mejor sirven para ambas finalidades. El OQ-45, mencionado anteriormente, es un buen ejemplo. También merece citarse el Cuestionario de Clima Grupal (Mackenzie, 1994), un conjunto de 12 ítems confeccionados para observar la marcha de la cohesión grupal, considerada una de las variables de la relación terapéutica que mayor incidencia tiene sobre los resultados de un tratamiento (Norcross, 2002).

También existen evaluaciones ligadas más estrechamente con la investigación. Se trata de los estudios de micro-proceso, formas de exploración que buscan examinar la manera en que se comporta una variable o un conjunto de variables en segmentos particulares de la secuencia terapéutica. Esto introduce otro aspecto relevante: el estudio de la incidencia de las *variables moderadoras y media-*

*doras* de la psicoterapia. En el primer grupo se incluyen todos los factores que condicionan la población con la que se trabaja, como por ejemplo, la edad o el tipo de trastorno específico asistido con una forma de psicoterapia en particular. El segundo grupo aglutina los estudios referidos a qué variables del proceso pueden explicar el curso y, eventualmente, los resultados del tratamiento. Numerosas líneas de investigación se han llevado a cabo en los últimos años y se están desarrollando en la actualidad (Lambert, 2004). Comentamos especialmente el último grupo por la incidencia directa que tiene sobre la evaluación de los resultados.

### **Variables mediadoras de la psicoterapia**

¿Qué puede considerarse una intervención que altera el funcionamiento habitual de una persona que padece de una disfunción?. Esta pregunta es la que dirige todos los esfuerzos por conocer de qué manera lo que ocurre en el curso de la psicoterapia puede considerarse responsable de la mejoría (o el empeoramiento) del paciente.

¿A qué circunstancia o a qué maniobra de la terapia puede considerarse una intervención que media sobre los resultados de un tratamiento?

- ¿Un diseño?
- ¿Una técnica?
- ¿un dispositivo?

Evaluar un diseño de psicoterapia significa ingresar al territorio donde se explora la consistencia de los modelos. Desde que se ha hecho fuerte la concepción de los factores comunes, existe un consenso bastante generalizado de que la competencia entre diversos enfoques teóricos no arroja resultados significativos. En cambio, parecen más relevantes los datos que pueden extraerse al estudiar la comparación entre diferentes técnicas o dispositivos.

La evaluación de los procedimientos técnicos ha promovido uno de los debates más ásperos en el territorio de la psicoterapia. Un debate todavía vigente. Su expresión más clara es la pugna entre quienes defienden el uso de los modelos manualizados de tratamientos y quienes son sus críticos. La poderosa influencia del movimiento de los estudios englobados en el capítulo de “investigación sobre salud basada en la evidencia” hizo pie también en el campo de la psicoterapia. Como resultado de ello, se elaboraron diversos programas de tratamiento que promueven el uso de manuales con métodos y procedimientos unificados de intervención, apoyados en estrictos estudios de control metodológico. Son los Tratamientos Empíricamente Sustentados (TES).

La evaluación comparativa entre dispositivos y programas de intervención es una de las fuentes en que los terapeutas más se inspiran a la hora de tener que decidirse por un tratamiento

en particular. Por regla general, dichas evaluaciones se basan en estudios de resultados en los que se contrastan diversas condiciones. Entre las más frecuentemente estudiadas se pueden mencionar:

- psicoterapia vs. placebo
- psicoterapia individual vs. grupal
- psicoterapia individual vs. vincular o familiar
- psicoterapia breve vs. prolongada
- psicoterapia vs. otro tratamiento (en general, psicofarmacología)
- psicoterapia vs. tratamiento combinado

### **La evaluación al final del tratamiento**

Al final del tratamiento la evaluación está asociada, obviamente, con el estudio de los resultados alcanzados. Este problema sencillo no resulta, sin embargo, nada sencillo para los psicoterapeutas. Por el contrario, puede considerarse una de las piedras más duras con que se topan en este terreno. ¿Qué variables son las más significativas?

Es evidente que las variables que intervienen en el curso de una psicoterapia son muchísimas y difíciles de aislar. Además, cuando los procesos se prolongan en el tiempo, la cantidad de factores intervinientes dificulta aún más el problema. Entre las condiciones a las que se ha otorgado mayor relevancia a través del tiempo figuran *los síntomas, la vivencia de satisfac-*

*ción del paciente y algunos juicios externos (médicos, educadores, familiares).* Por supuesto, también el *juicio del terapeuta* ha sido un criterio habitual empleado en la evaluación de los resultados.

Durante muchos años, los criterios más frecuentes para estimar los beneficios de una psicoterapia fueron las ponderaciones realizadas por pacientes y terapeutas. De ello se derivaba el principio de que la continuación de un tratamiento era siempre un indicador positivo. Desde hace bastante tiempo sabemos que esto último no es valedero y que la adherencia a un tratamiento puede ser el reflejo de una condición de dependencia, así como que la terapia puede tener efectos positivos, neutros o negativos y que es necesario contar con criterios más firmes que las estimaciones de los participantes directos. Esto ha conducido a buscar, por un lado, registros de evaluaciones más objetivas y, en segundo lugar, a pretender una ampliación de los juicios que pueden aportar a la estimación de los resultados.

Los instrumentos aplicados pre y pos tratamiento se constituyeron en una pieza clave para evaluar los cambios producidos por la terapia. Han mostrado utilidad, especialmente, para conocer las modificaciones sintomáticas. Los más recomendados han sido aquellos que lograron alcanzar un buen equilibrio entre su extensión y el valor de sus propiedades psicométricas. Algunos instrumentos, antes men-

cionados, como el BDI o el STAI alcanzaron mucho prestigio porque reunieron esas condiciones y estuvieron destinados a evaluar las condiciones clínicas más frecuentes en el campo de la psicoterapia: la ansiedad y la depresión.

Pese a ello, no es seguro que la reducción (o la eliminación) sintomática pueda considerarse el mejor criterio para evaluar los efectos de una psicoterapia. Esto es obvio cuando se trata de estudiar los cambios producidos en pacientes en cuya disfunción se encuentran comprometidos aspectos importantes de su personalidad. Pero incluso cuando los objetivos terapéuticos son más focales, el resultado de la terapia supera las eventuales modificaciones sintomáticas y está ligado a cambios en la organización de la experiencia personal.

Poder contar con diversos jueces que sean capaces de aportar criterios convergentes sobre la manera en que se desarrolló el proceso puede ser un argumento más sólido para estimar dichos resultados. Esto supone disponer de evaluaciones de los participantes (pacientes y terapeutas), pero también de supervisores y de allegados. La construcción de modelos que permitan evaluar estas diferentes fuentes de manera consistente está en vías de desarrollo y forma parte de uno de los campos más fértiles en la actualidad.

Esto se relaciona con el último punto a destacar en este apartado. Al

evaluar los resultados de una psicoterapia nos preocupa también conocer cuál es la estabilidad de los logros obtenidos. ¿Cuán consistentes son los beneficios de un tratamiento una vez finalizada la terapia? ¿En qué medida se mantienen en el tiempo o no? Estas preguntas son las que introducen el capítulo de los estudios de seguimiento, otro de los grandes temas que nos ocupan. Por el momento, existe un generalizado consenso de que, dada la complejidad de las condiciones que rodean estos procesos, no es factible realizar estudios de ese tipo que se extiendan por períodos de tiempo muy prolongados una vez finalizada la terapia. Un período de un año es considerado, por lo general, una medida límite para probar que los beneficios se mantienen o han desaparecido. Está abierta la posibilidad de que estos límites puedan superarse en el futuro.

### **La eficiencia de la psicoterapia**

Hemos seguido en nuestro desarrollo las necesidades de la evaluación de acuerdo con las inquietudes que se derivan del campo clínico, a través de los diferentes momentos: el inicio, el curso y la finalización. De manera absolutamente natural nos fuimos introduciendo en el terreno de la investigación y examinamos las cuestiones relativas a la evaluación de los procesos y los resultados. Ahora presentamos el núcleo de las

preocupaciones de la investigación, que está puesto en evaluar en qué medida podemos determinar la eficiencia de los procedimientos.

Tampoco aquí existe uniformidad de criterios. Los estudios respectivos se han dividido en dos grandes grupos: estudios de *eficacia* y de *efectividad*. Los primeros han sido diseñados para aplicarse sobre muestras sometidas a control y su propósito principal es conocer la significación de las diferencias. De allí que el valor principal de los estudios de eficacia es la validez interna y la replicabilidad de los procedimientos. Los otros, en cambio, fueron diseñados para operar con muestras naturalísticas y su objetivo estuvo en buscar la significación clínica de las intervenciones. Por lo tanto los estudios de efectividad nos informan principalmente de la validez externa y el grado de generalizabilidad de una terapia.

Mucho se viene bregando por la necesidad de articular ambas ramas de la investigación y diversas líneas en esa dirección se están ensayando (Nathan y col., 2000). Sin embargo, todavía no parece fácil avizorar el momento en que esta convergencia podrá lograrse concretamente.

Mientras tanto, el metanálisis ha ido ocupando un lugar preferente en la literatura a la hora de ofrecer pruebas sobre la eficiencia que puede exhibir una psicoterapia. Si bien es cierto que estos estudios pueden reclamar buena atención dada la capa-



cidad de proyectar grandes volúmenes de datos merced al tratamiento cuantitativo en escalas continuas y que pueden permitir una evaluación en simultáneo de diversas variables moderadoras, también es cierto que todavía persisten dudas respecto de la coherencia de las fuentes en que se apoyan y los sesgos respectivos.

## CONCLUSIONES

Hill y Lambert (2004) han presentado un completo mapa de los problemas que se plantean en el tema que nos ocupa:

- Foco de la evaluación (la persona a estudiar)
- Aspecto del proceso a estudiar
- Base teórica
- Perspectiva de la evaluación (la persona que provee la evaluación)
- Unidad estudiada (nivel de proceso a estudiar)
  - a) microprocesos
  - b) macroprocesos
- Tipo de medida (escala utilizada)

- Nivel de inferencia requerido
- Estímulos materiales requeridos para emitir juicios

El último punto incluye las diferentes formas de registro a las que aludimos previamente. Hoy en día la psicoterapia dispone de métodos de registro de gran alcance y notablemente superiores a los que se empleaban en la época clásica. El empleo de sistemas de audio y, más recientemente, el uso sistemático del video y otros métodos de registro en vivo permiten recoger lo que ocurre en una sesión, facilitando una documentación mucho más precisa y abriendo nuevas y notables perspectivas para el trabajo de los evaluadores. En ese sentido, nos encontramos en un umbral. En el futuro inmediato serán muchos los avances que habrán de producirse en este campo. Y con ello es posible pronosticar que la psicoterapia se verá muy beneficiada y que los pacientes estarán en condiciones de recibir programas de tratamiento más útiles para ellos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barber, J.P., Cris-Christoph, P., y Luborsky, L. (1990). Guide to the CCRT standard categories and their classification. In Luborsky y Cris-Christoph (Eds) Understanding transference the CCRT method. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown (2000). Beck Depression Inventory-Fast Screen. Harcourt Assessment. The psychological assessment catalogue.
- Beck, A. T. y Steer, R.A. (1993), Manual for the Beck Depression Inventory. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A. (1991). Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). Harcourt Assessment: The psychological assessment catalogue.

- Beck, A.T. t Steer, R.A. (1993). Manual for the Beck Depression Inventory. San Antonio: Psychological Corporation.
- Benjamin L.S. (1974). Structural Analysis of Social Behaviour. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bernstein, D.P. y Fink, L. (1997). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Harcourt Assessment: The psychological assessment catalogue.
- Beutler, L. E.; & Harwood, T. M. (2000). Prescriptive psychotherapy. A practical guide to systematic treatment selection. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E.; & Groth-Marnet, G. (Eds.) (2003) Integrative assessment of adult personality. Second Edition, USA: Guilford.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G. Graham J.R, Tellegen, A., Kaemmer, B. (1989). Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Casullo, M.M, Cruz, M.S., Gonzalez R, Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes. Estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación psicológica*, 16 (2), 135-149.
- Derogatis, L.R. (1994). SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems
- Farnsworth, J., Hess, J. y Lambert, M..J. (2001). A review of outcome measurement practices in the Journal of Consulting and Clinical Psychology. Paper Presented at the annual meetings of the Rocky Mountain Psychological Association, Reno, NV.
- Fernández-Álvarez, H.; García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación, En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca & P.L.R.Sousa (Eds.): *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas, Brazil: Educat.
- First, M.B., Spitzer, R.L, Gibbon, M. Williams, J.B.W. (1999) Entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Froyd, J.E.; Lambert, M. J. & Froyd, J. D. (1996). A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health*, 5, 11-15.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1942) The Minnesota Multiphasic Personality Schedule, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hill, C. y Lambert, M. J. (2004). Methodological Issues in Studing Psychotherapy Processes and Outcomes. En Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Fifth Edition. Lambert M.I J. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B. A., Ureno G. Y Vellasnor, V.S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-92.

- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory, En L.S. Greenberg y W.M.Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook (529-556)*, Guilford clinical psychology and psychotherapy series. New York: Guilford Press.
- Jhonson, S., Hogue, A., Dimond, G, Lekrone, J. y Liddle, H.A. (1998). Scoring manual for the Adolescent Therapeutic Alliance Scale (ATAS). Unpublished manuscript, Philadelphia: Temple University.
- Kaslow, F.(1996) Handbook of Relational diagnosis and dysfunctional family patterns. New York: John Wiley y Sons inc.
- Lambert, M.J, Hansen N. B., Umpruss V., Lunnen K., Okiishi J. y Burlingame G.M. (1996). Administration and scoring manual for the OQ-45. LLC: American Professional Credentialing Services.
- Luborsky, L., Barber, J.P, Siqueland, L. Johnson, S. Najavitz, L.M., Frank, A., y Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance Questionnaire: psychometric properties. *Journal of Psychotherapy: Practice and Research*, 5(3), 260-271.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J.L. Cleghorn (Ed). *Successful psychotherapy*, New York: Brunner y Mazel.
- MacKenzie, K.R. (1994). Group development. En Fuhriman, A. y Burlingame, G.M. (Eds), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis (pp 223-268)*. New York: John Wiley & Sons.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S. y Gaston L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment*, 1, 46-52.
- Marziali, E., Marmar, C. y Krupnick, J. (1981). Therapeutic Alliance Scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, 138, 361-364.
- Millon, T. (1977). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis. MN: National Computer Systems.
- Nathan, P.E.; Stuart, S. P. y Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis?. *Psychological Bulletin*, 126(6), 964-981.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that works: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Olson, D. H. (1986). Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Pinsof, W.M. y Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.

- Rawlings, D., & MacFarlane, C. (1994). A multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire for young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 17, 489-496.
- Rust, J. (1989). Rust Inventory of Schizotypal. Harcourt Assessment: The psychological assessment catalogue.
- Spielberger, C. D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). PaloAlto, CA: Consulting Psychologists Press.