

LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA.

1. INTRODUCCIÓN.

2. MÉTODOS DE DISEÑO PARA LA INVESTIGACIÓN.

2.1. DISEÑOS CON UN ÚNICO SUJETO O NÚMERO REDUCIDO DE ELLOS

2.2. ESTUDIOS CON GRUPOS DE SUJETOS.

2.3. GRUPOS DE CONTROL EN LA EVALUACIÓN : LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

2.4. OTROS CONTROLES EN EL ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

3. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DEL CAMBIO.

1. INTRODUCCIÓN.

PROGRESO CIENTÍFICO : Armonía entre la teoría explicativa y el proceso de objetivación de los fenómenos (metodología).

– Tendencias a establecer :

1. Contraste interno entre cada teoría y los resultados que se han obtenido por medio de los procedimientos metodológicos propios de esa teoría ! Revisión continuada.

2. Contraste entre varias explicaciones teóricas sobre un mismo hecho o conjunto de hechos y, así mismo, entre sus diferentes metodologías. Las revisiones del contraste pueden provocar rupturas epistemológicas.

3. Intercambio de teorías y métodos referidos a las distintas ramas de la ciencia.

La OBJETIVIDAD ES UN HORIZONTE IRREAL (sesgos, expectativas, ciencia social, sujeto de estudio humano, poder...)

MÉTODO DE GALILEO . HIPOTÉTICO DEDUCTIVO.

1º. Observación y descripción de los fenómenos que, por lo tanto, deben ser objetivables.

2º. Generalización : constatación de la existencia o no de regularidades entre los fenómenos.

3º. Elaboración de hipótesis que intentan explicar el porqué de esas regularidades.

4º. Deducción de conclusiones y predicción de hechos a partir de esas hipótesis que deben poder verificarse.

5º. Refutación empírica de las deducciones y de las predicciones a través de la contrastación empírica.

HIPÓTESIS SÓLIDA : Confirmada.

HIPÓTESIS DÉBIL : Discrepancias entre lo establecido racionalmente y la evidencia obtenida.

La científicidad es una creencia pero por lo menos proporciona rigor y auto-crítica.

Se busca evidencia de su eficacia y utilidad. Aliviar a las personas de sus cargas afectivas, cognitivas y conductuales desadaptativas. Para ello deben aumentar su grado de certeza acerca del cumplimiento de su objetivo.

Paul relativizó la eficacia en función del CLIENTE, TERAPEUTA, PROCEDIMIENTO Y PROBLEMA CONCRETO. Poniendo atención a las INTERACCIONES CLIENTE – TERAPEUTA, a las VARIABLES INTERVINIENTES y a las VARIABLES SITUACIONALES que determinan el resultado.

Al romper con la metodología médica se realiza la evaluación en :

1º. Términos de criterio de cambio. ¿De qué forma y debido a qué influencias ha cambiado el cliente? ¿Son esas cambios deseables para el cliente, terapeuta o sociedad?

2º Romper el mito de la uniformidad, debido a las condiciones de cada escuela de psicoterapia.

3º Medidas específicas en situaciones específicas :

– Este tipo de medida da más información sobre la personalidad del paciente y sobre el propio resultado terapéutico.

– Las medidas conductuales discriminan mejor que las calificaciones clínicas globales del efecto de la terapia.

– Están menos distorsionadas y sesgadas debido a las influencias del evaluador, que los juicios clínicos.

4º Medidas de generalización, al ambiente natural y transtemporal o de seguimiento.

Al crear categorías (BOX – SCORE) se es simplista pero también se pueden detectar regularidades y aspectos comunes. Otro procedimiento es el de Meta-análisis, pero concluye en que todas las terapias son igual de efectivas. Además de estos dos procedimientos existen técnicas alternativas :

Establecimiento de la efectividad de un tratamiento específico.

Comparación de la eficacia de varios tratamientos

Determinación de los componentes específicos del tratamiento que dan razón al cambio (componentes activos)

2. MÉTODOS DE DISEÑO PARA LA INVESTIGACIÓN.

2.1. DISEÑOS CON UN ÚNICO SUJETO O NÚMERO REDUCIDO DE ELLOS

1. ESTUDIOS DE CASO	
2. DISEÑO N=1	DISEÑO INTRASERIES
CAMBIOS DE FASE SIMPLE	
1. Estudio de caso (B11 OOO)	
2. Series temporales elementales (A-B-OOOII OOO)	
3. Diseño de series temporales elementales con doble línea base (A-B-A-OOO-II-OOO-OOO)	

	<p><i>4.Diseño operante o de intervención múltiple. (A-B-A-B-OOOII OOO OOOII OOO)</i></p> <p><i>5.Diseños de intervenciones múltiples sobre una conducta. (A-B-C-B-B-C, A-B-C-D, OOO II OOO I2...)</i></p> <p>DISEÑOS COMPLEJOS INTRAFASE</p> <p>.</p>
	<p><i>1.Diseño de elementos de Interacción (A-B-C-B, C-OOOII OOO I2OOO II, I2OOO)</i></p> <p><i>2.Diseños de criterio cambiante (A-B1-B1-B2-B2-B3... -OOOII OOOII OOOII OOOII OOO.)</i></p>
DISEÑO INTERSERIES TEMPORALES	<p><i>Diseño de programas múltiples (A-A1 B-A-A1-C-II-OI2 OII OI2 O)</i></p> <p><i>Diseño de elementos múltiples en la línea base (A-B1-B...-OOOII OOI1 OOI1)</i></p> <p><i>Diseños de aleatorización.</i></p> <p><i>Diseños de tratamientos alternantes</i></p> <p><i>Diseño de tratamientos simultáneos</i></p>
ESTRATEGIAS COMBINADAS	<p>DISEÑOS DE LÍNEA BASE MÚLTIPLE</p> <p><i>(OOO II OOO OOO OOOO ; OOO OOO II OOO OOO ; OOO OOO OOO I1OOO)</i></p>
Modalidades	<p><i>1.Distintas conductas del mismo sujeto en una situación determinada</i></p> <p><i>2.Distintas situaciones con las misma conducta</i></p> <p><i>3.Diferentes sujetos con la misma conducta e idénticas situaciones experimentales</i></p> <p><i>4.Combinaciones diferentes de las tres anteriores..</i></p>

2.2. ESTUDIOS CON GRUPOS DE SUJETOS.

ESTUDIOS EXPERIMENTALES	ESTUDIOS DE ANÁLOGOS	<i>1.Características y reclutamiento de los sujetos</i>
	<i>Diferencias entre la clínica real y los estudios de análogos</i>	<p><i>2.Naturaleza del problema meta</i></p> <p><i>3.Características del terapeuta</i></p> <p><i>4.Técnicas del tratamiento</i></p>
	ENSAYOS CLÍNICOS	<i>1.Modificación de los procedimientos por las exigencias de la investigación</i>
	<i>Diferencias con la clínica real</i>	

	2. <i>Unificación del número de sesiones para todos los sujetos</i>
	3. <i>Rechazo o exclusión de algunos clientes por la gravedad del problema que presentan, o ser tratados de forma diferente.</i>
	4. <i>Selección de clientes con problemas específicos evitando incluir a otros que, si bien presentan esos problemas, también sufren de otras alteraciones que no se consideran en la investigación.</i>
ESTRATEGIAS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS	
1. <i>Estrategias de paquete terapéutico.</i>	
2. <i>Estrategias del desmantelamiento del tratamiento</i>	
3. <i>Estrategias de construir el tratamiento</i>	
4. <i>Estrategia paramétrica del tratamiento</i>	
5. <i>Estrategia de comparación entre tratamientos</i>	
6. <i>Estrategia de variación de cliente – terapeuta</i>	<p><i>Clientes</i></p> <p><i>Tipo y grado de alteración</i></p> <p><i>Características generales de personalidad</i></p> <p><i>Cualidades personales relevantes al role del paciente</i></p> <p><i>Expectativas</i></p> <p><i>Características psicosociales</i></p> <p><i>Clase social</i></p>
	<p><i>Terapeuta</i></p> <p><i>Entrenamiento y transfondo profesional del terapeuta</i></p> <p><i>Características personales</i></p> <p><i>Empatía, calidez no posesiva y Genuinidad</i></p> <p><i>Terapeuta tipo A y tipo B</i></p> <p><i>Otras variables</i></p>
7. <i>Estrategia de Proceso o Estructura Interna</i>	
8. <i>Estudios personalísticos</i>	

2.3. GRUPOS DE CONTROL EN LA EVALUACIÓN : LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

GRUPO SIN TRATAMIENTO	
GRUPO DE LISTA DE ESPERA	
GRUPO DE CONTROL PLACEBO	<p><i>Tipos de control :</i></p> <p><i>Incluir dos grupos de tratamiento</i></p> <p><i>Incluir un grupo de pseudoterapia o control placebo</i></p>

2.4. OTROS CONTROLES EN EL ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

<i>CONTROL DE OTROS TRATAMIENTOS</i>	<i>Conveniencia de comprobar y examinar si los clientes control que no han recibido tratamiento formal han recibido otro tipo de ayuda extraterapéutica o si les ha ocurrido algún tipo de evento distorsionador de los posibles resultados. Problemas de osmósisis (Compañeros que se ayudan o dan información sobre el tratamiento)</i>
<i>EL CLIENTE COMO SU PROPIO CONTROL</i>	<i>Establecimiento de una línea base con la que contrastar el cambio observado en las distintas mediciones.</i>
<i>CONTROL DEL PROCEDIMIENTO</i>	<i>Salvaguarda de la validez interna del estudio. Buen muestreo y equiparamiento de clientes, de las técnicas y de las circunstancias de la terapia. Control de sesgos tanto del experimentador (efecto Rosenthal) como del cliente (por exigencias de la situación)</i>

3.ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DEL CAMBIO.

En función de las medidas utilizadas, el tipo de investigación será más o menos riguroso y sus conclusiones más o menos aceptables. En función del modelo terapéutico se asumen determinados procedimientos para evaluar el cambio :



– *Criterios de resultado :*

Criterios de síntoma (conductuales fundamentalmente)

Criterios dinámicos

Criterios centrados en aspectos restringidos

Estimaciones muy amplias del grado de modificación de la actividad del cliente

Criterios experimentales y conductuales

Criterios multifactoriales y multidimensionales.

Criterios personales de cambio. (Aquí es importante resaltar si el progreso del paciente mejora su funcionamiento diario o no, y si los resultados del cambio son duraderos)

– *Medidas :*

La investigación suele indicar que el cambio es multifactorial, por lo que conviene utilizar el mayor número de medidas posible.

Las propias evaluaciones del terapeuta

Las autocalificaciones del cliente

La observación conductual

Entrevistas de evaluación

Inventarios o cuestionarios de personalidad

Pruebas fisiológicas

Test de rendimiento

Exámenes médicos

– *Combinación medidas y criterios*

Costo económico y esfuerzo personal / resultado final.

Posibilidad de aplicar el tratamiento a grupos

Preparación que exige el terapeuta

Utilización de la biblioterapia y manuales de autoterapia

Valoración sumativa : Tener en cuenta también los anteriores aspectos para valorar la terapia, no sólo en su capacidad para provocar cambios.

ACTIVIDADES QUE PERMITEN MAXIMIZAR LOS ESFUERZOS : (Korchin)

La investigación debería ligarse a los conceptos y teoría que la iluminan.

Cada estudio debería coordinarse con otros que les precedan, enmarcándose en un proyecto que indique los futuros trabajos necesarios pero complementarios.

En lo posible deben utilizarse otras medidas tipificadas además de las diseñadas específicamente para cada estudio concreto.

Las medidas deberían diseñarse en función de la teoría que subyace al acercamiento terapéutico.

Deben controlarse las fuentes previsibles de sesgos tanto en la recogida como en la elaboración de los datos.

Especificar las características de todos los aspectos implicados en el estudio (terapeutas, clientes, settings, tipo de tratamiento, medidas utilizadas, etc.) para facilitar la replicación de la investigación.

procurar un grado óptimo de objetividad.

Importancia tanto de la investigación básica como de la observación clínica y de las consideraciones aplicadas tanto a la génesis como al desarrollo de la investigación terapéutica.