

Estudi de l'eficàcia i el procés d'intervenció

Guillem Feixas Viaplana
Livia Jarque Llamazares

PID_00153081



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índex

Objectius.....	5
1. La recerca sobre l'eficàcia I: concepte i mètodes.....	7
1.1. Introducció	7
1.2. Dissenys de cas únic	10
1.3. Dissenys de grups	11
1.4. La mesura del canvi	11
1.4.1. La definició del terapeuta	12
1.4.2. La definició del client	12
1.5. La metaanàlisi	13
1.5.1. Com funciona la metaanàlisi?	14
2. La recerca sobre l'eficàcia II: principals resultats.....	16
2.1. Resultats metaanalítics sobre l'equivalència	16
2.2. Tractaments amb base empírica	17
3. La recerca de l'eficàcia i l'efectivitat.....	19
3.1. Estudis d'eficàcia i d'efectivitat: trets diferencials	19
4. Les recerques de procés.....	21
4.1. L'estudi del procés terapèutic	21
4.1.1. L'estudi de les condicions facilitadores	22
4.1.2. La recerca sobre l'aliança terapèutica	22
Bibliografia.....	25

Objectius

Aquest mòdul us ha d'ajudar a assolir les següents fites:

- 1.** Comprendre el sentit de la investigació en l'àmbit de la intervenció i dels mètodes principals.
- 2.** Coneixement general sobre els resultats de la recerca.
- 3.** Diferenciar entre efectivitat i eficiència.
- 4.** Comprendre la recerca de procés distingint-la de la recerca de resultats.

1. La recerca sobre l'eficàcia I: concepte i mètodes

1.1. Introducció

La intervenció psicològica, des del seu inici al final del segle XIX, es va anar desenvolupant sense preocupar-se excessivament per mostrar empíricament la seva eficàcia a la resta de la comunitat científica i a la societat. Tot i que per a la majoria de psicoterapeutes resultava evident que es començaven a aplicar intervencions útils, al principi dels anys cinquanta, en el context d'una lluita aferrissada entre escoles, el tema de l'eficàcia va esdevenir cavall de batalla. El 1952 Hans Eysenck va publicar una revisió que defensava que les teràpies verbals, i especialment les psicoanalítiques, resultaven menys eficaces que l'absència de tractament en el període de dos anys. Així, doncs, aquest autor considerava que en virtut del simple pas del temps es produïa una **remissió espontània** dels símptomes neuròtics, que estimava en el 70%, superior a la taxa d'eficàcia de les psicoteràpies revisades.

Eysenck (1952) va presentar un estudi comparant les dades d'eficàcia de pacients de psicoteràpia verbal (no conductual) amb pacients no tractats en un període de dos anys. Per a estimar la remissió espontània (millores en absència de tractament), es va basar en els estudis de Denker i Landis del final dels anys trenta. Per a quantificar l'eficàcia de la psicoteràpia, Eysenck va utilitzar vint-i-quatre estudis ja publicats, cinc dels quals considerats psicoanalítics i la resta eclèctics (categoria molt laxa que incloïa els estudis no psicoanalítics ni conductuals). Un cop quantificats, va fer una comparació entre resultats que el va portar a afirmar que no s'havia demostrat que les psicoteràpies verbals aportessin cap millora als pacients en comparació amb el simple pas del temps. Més aviat es podia deduir el contrari. Amb la tabulació particular que va fer Eysenck resultava que els guariments o millores amb psicoanàlisi se situarien en un 44%, i la dels enfocaments eclèctics, en un 64%, mentre que la remissió espontània se situava prop del 70%.

Com dèiem, el grup de no tractats es basava en dos estudis diferents, de Denker i Landis. En el primer trobem pacients d'hospitals mentals, en què el criteri de millora establert va ser l'alta mèdica. En el segon estudi els criteris són una mica més complets (judici del metge, reincorporació a la feina i que no es donessin queixes després de l'alta), els pacients havien demanat la baixa laboral per "psiconeurosi" i havien estat tractats pel metge de capçalera.

Activitat

Llegiu el resum de l'article d'Eysenck i intenteu qüestionar-ne els plantejaments.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

Tot i que aquest estudi presentava problemes de tot tipus (des de metodològics i estadístics fins a conceptuals), les crítiques i rèpliques que va despertar van esdevenir un gran estímul per a la recerca empírica sobre l'eficàcia en psicoteràpia. Per exemple, el que Eysenck va denominar *remissió espontània*, avui s'anomena *factors de canvi extraterapèutics* (es tracta de factors del mateix cli-

ent que no es coneixen, no solament del simple pas del temps) i actualment s'estima que expliquen entre el 18% i el 67%, segons el tipus i grau de severitat del trastorn.

Activitat

Ordeneu de més a menys facilitat perquè es doni un canvi extraterapèutic (sense intervenció psicològica) en els trastorns següents:

- Trastorns d'ansietat (generalitzada, fòbies, etc.)
- Hipocondria
- Depressió neuròtica
- Trastorns obsessius compulsius

Solució

- Depressió neuròtica
- Trastorns d'ansietat
- Trastorns obsessius
- Hipocondria

Reflexió

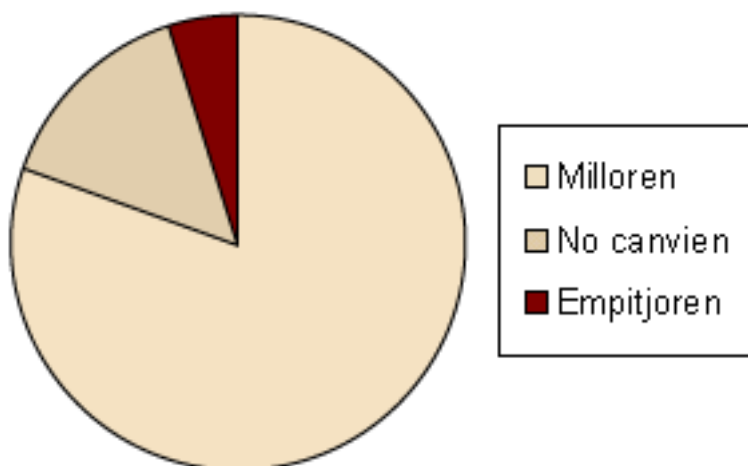
- Creieu que tot canvi que es produeix es deu a una intervenció psicològica?
- Podeu pensar en situacions no terapèutiques que han generat un canvi en la vostra persona o en altres que coneixeu?

Un exemple podria ser un cas de trastorn obsessiu en la pel·lícula *Millor impossible*, en què s'assoleix un cert canvi sense intervenció psicològica.

En els anys següents la majoria de les escoles van anar incrementant el flux d'estudis sobre eficàcia, fins que al final dels anys setanta ja va quedar prou establert que la psicoteràpia és més eficaç que l'absència de tractament.

Actualment es considera que els usuaris de la psicoteràpia:

- es troben més bé, aproximadament, en un 80% de casos.
- no experimenten canvis, en un 15%.
- empitjoren, en un 5%.



Tanmateix, queden moltes qüestions per resoldre: quines psicoteràpies són més eficaces? En quins trastorns? En quines condicions? Quins són els ingredients que generen el canvi? Quin paper tenen el client i el terapeuta en aquest procés? Són les tècniques les que generen canvi, és la relació terapèutica, o es deuen a altres factors?

La recerca en psicoteràpia s'ha desenvolupat enormement durant la segona meitat del segle xx, i ha hagut de fer front a molts reptes que plantegen la competència entre les escoles i les demandes de la societat. Actualment aquest camp ha esdevingut una àrea d'especialització de gran abast en la recerca clínica. Un dels exponents d'aquest desenvolupament ha estat la creació de la Society for Psychotherapy Research (Societat de Recerca en Psicoteràpia).

En aquest mòdul descrivim els principals mètodes amb què es condueix aquesta recerca, i els resultats més rellevants. Tanmateix, no podem limitar la recerca en psicoteràpia al tema de l'eficàcia. També cal tenir en compte la qüestió de l'efectivitat (possibilitat de generalitzar els resultats, cost de la intervenció, etc.) i, d'altra banda, considerar la recerca de procés. Certament, mentre que fins ara hem parlat d'estudis que se centren en els resultats de la intervenció, hem inclòs una secció sobre la recerca centrada a estudiar detalladament el procés de canvi terapèutic (quins factors generen canvis específics dins una sessió de teràpia).

A partir de la segona meitat del segle xx, la recerca en psicoteràpia ha crescut gairebé d'una manera exponencial. Com ja hem dit, la necessitat de mostrar l'eficàcia en psicoteràpia va iniciar aquesta línia d'investigació. Però valorar l'eficàcia i l'efectivitat de la psicoteràpia no resulta una tasca senzilla.

La recerca és particularment difícil en el camp de la psicoteràpia. Trobem que moltes de les teràpies són de llarga durada (moltes sessions), que s'utilitzen mètodes molt diversos segons el cas, i amb moltes variables no definibles amb precisió. A més a més, per a valorar l'eficàcia cal prèviament que el clínic defineixi objectivament els criteris de millora amb la finalitat de poder-los analitzar. Finalment, hem d'afegir el fet que tant el pacient com el terapeuta es poden veure inclinats sovint a sobrevalorar l'eficàcia de la teràpia, cosa que pot alterar el resultat.

És òbvia la necessitat d'objectivar al màxim la recerca en psicoteràpia. Una de les estratègies utilitzades per aquesta objectivació ha estat l'adopció de la metodologia experimental. Dins aquesta línia trobem els dissenys de cas únic i els dissenys de grups.

1.2. Dissenys de cas únic

Aquests dissenys utilitzen un sol subjecte, o bé un grup reduït de subjectes, i el sotmeten a diferents tractaments experimentals sota unes condicions de control estrictes.

L'objectiu d'aquest disseny consisteix a valorar la influència d'una o més intervencions sobre la conducta del client al llarg del temps.

Selecció de dissenys de cas únic en psicoteràpia (adaptat de Mahoney, 1978)

- Només posttest: XO. Es tracta d'un disseny en què només es fa un mesurament sobre la variable dependent (O) després d'una intervenció (X) sobre un subjecte (o un grup homogeni). És un disseny molt dèbil que no permet extreure inferències, atès que en absència d'un patró de comparació controlat no es pot concloure res raonable sobre els efectes de la intervenció.
- Pretest-posttest: OXO. En aquest cas es fan mesuraments abans i després de la intervenció. Aquest disseny permet veure si hi ha canvis en la variable dependent. Però es tracta també d'un disseny dèbil, atès que no ofereix garanties per afirmar raonablement que els canvis s'han degut a la intervenció.
- D'inversió: OXOXO. Les intervencions (o manipulacions de la variable independent) són precedides i seguides de mesuraments en la variable dependent. Aquest disseny permet replicar l'efecte estudiat. No obstant això, les conclusions es limiten al grup (o subjecte) estudiat, perquè no s'eliminen les possibles influències de variables diferents de la variable independent. A més, la reversió de l'efecte pot plantejar problemes ètics.
- Línia de base múltiple: OXOOO//OOXOO//OOOXO. Aquí la seqüenciació de la intervenció es varia d'una manera sistemàtica per mitjà de diferents conductes o situacions. És un disseny moderadament adequat que inclou la rèplica i el control parcial dels efectes relacionats amb el temps.

Els dissenys de cas únic resulten molt útils per a estudiar la variabilitat intraindividual. A més a més, permeten observar l'efecte de la variable independent en moments diferents. Però per a extreure conclusions a partir d'aquests dissenys cal que durant la seva elaboració es faci una especificació clara dels objectius terapèutics, una recollida sistemàtica de les dades rellevants, la repetició de les avaluacions al llarg del tractament i, finalment, la diversificació de mesures sobre els efectes del tractament. El principal inconvenient dels dissenys de cas únic és la dificultat de generalitzar els resultats a altres subjectes amb característiques diferents.

Els dissenys de cas únic estudien molt detalladament l'evolució d'un subjecte segons les intervencions que s'han fet per a poder-ne valorar l'efecte.

Tenen com a inconvenient les dificultats de generalització dels resultats als altres subjectes.

1.3. Dissenys de grups

Els dissenys de grups estudien els efectes d'una intervenció (o tractament) sotmetent diferents grups de subjectes a diverses condicions d'intervenció (entem també la no-intervenció com a condició). Aquests grups cal que siguin equivalents en els valors que presenten en variables rellevants. Això permet comparar l'eficàcia d'una modalitat de teràpia en contrast amb un grup control de no-tractament (llista d'espera) o bé un altre tractament. Sovint, quan es pretén investigar l'eficàcia d'una nova teràpia, es compara amb un tractament que ja ha demostrat tenir-ne en estudis anteriors. Per aquest motiu, aquest tipus de recerca es coneix també com a *recerca comparativa de resultats*, i quan els estudis compleixen els requeriments més exigents s'anomenen *assajos clínics controlats*.

Tot i la utilitat aparent d'aquests estudis, cal ser molt cautelosos. Ja hem vist que Eysenck va cometre una sèrie d'errors en la seva recerca, i per això mateix cal ser realment estrictes i utilitzar correctament la metodologia experimental. Per exemple, en el cas de dissenys de grups, sempre que vulguem generalitzar un resultat cal valorar si la mostra utilitzada pot ser representativa de la població a la qual volem aplicar els resultats. Per aquest motiu es necessiten mostres grans; com a mínim trenta subjectes per grup en els dissenys més simples, nombre que cal augmentar si hi ha moltes variables concomitants. Alhora, han de quedar clars els criteris de selecció dels subjectes. És molt important fer que les variables de les quals es desconegui el possible efecte en el resultat siguin aleatòries i, per descomptat, cal procurar que els grups siguin equivalents, tant com sigui possible. Per a afavorir-ho es requereix l'assignació a l'atzar dels subjectes en els diferents grups.

Els dissenys de grups permeten l'estudi dels efectes d'una intervenció (o tractament) en sotmetre diferents grups de subjectes a diverses condicions d'intervenció.

1.4. La mesura del canvi

En introduir els dissenys de grups hem parlat de la possibilitat de comparar diferents teràpies i, així, comparar-ne l'eficàcia. Tanmateix, no podem obviar que hi ha un desacord considerable respecte a la mesura del canvi. És a dir, no hi ha un únic criteri que permeti comparar. Per exemple, per a avaluar els tractaments de l'agorafòbia s'ha arribat a comptar prop d'un centenar de mesures de canvi diferents. Un dels principals motius d'aquesta diversitat de criteris i mesures emprades és que sovint trobem diferents definicions de *canvi*. D'una banda, tenim la definició del terapeuta implicat en l'avaluació i, de l'altra, la del client implicat en la mateixa avaluació.

1.4.1. La definició del terapeuta

Depenent del model teòric que segueixi el terapeuta podem trobar diferents definicions de *canvi*. Per exemple, suposant que tinguem una pacient amb una depressió, el terapeuta conductual pot considerar com a canvi que la pacient amplii el repertori de conductes, l'experiencial, que expressi la ràbia abans negada, el psicoanalític, que prengui consciència de les arrels infantils del seu problema, i el sistèmic, que la família canviï la manera de tractar-la i que ella canviï la manera com es relaciona amb els altres. Com es pot veure, diferents models valoren el canvi de maneres diferents.

1.4.2. La definició del client

Cadascú és diferent dels altres (variabilitat intraindividual); per tant, les seves percepcions i emocions distaran de les dels altres. Igual que en el cas anterior suposem que tenim una depressió. Si un pacient valora com a més molest el fet de dormir malament, en el moment que associa la teràpia a la millora del patró del son considerarà que és eficaç, que ha provocat un canvi. Però si per a ell és més important augmentar la seva autoestima i tan sols millora el patró del son, no considerarà que ha tingut èxit.

Totes dues definicions, la del terapeuta i la del client, poden discrepar o coincidir entre si. D'altra banda, s'ha vist que les mesures de resultats concordants amb la modalitat del tractament mostren efectes de millora més notables estadísticament. Per exemple, si la teràpia és conductual i les mesures de canvi també ho són, és més probable que s'apreciïn canvis.

Una manera d'objectivar aquests problemes ha estat amb el judici d'experts, és a dir, terceres persones no implicades en el procés terapèutic que puguin emetre un judici més imparcial respecte al canvi. A més dels qüestionaris (la mesura de canvi més utilitzada), també s'han utilitzat mesures fisiològiques, imatges cerebrals i, fins i tot, informes de familiars, amics o companys. Tanmateix, això només fa incrementar el nombre de modalitats i mesures per a mesurar el canvi.

Com es pot veure, el tema en si resulta força complex, i se n'ha parlat molt per a de poder millorar la problemàtica i avançar en la recerca. Lambert, Shapiro i Bergin (1986) extreuen les conclusions següents, que cal tenir en compte:

1) El canvi és multidimensional.

El canvi no pot ser considerat mesurant només un aspecte. Cal que us adoneu que hi ha diferents vessants que cal avaluar dins el mateix canvi: algunes pot ser que mostrin variacions i d'altres no.

Exemple

En avaluar una psicoteràpia d'un cas de depressió es pot tenir en compte la millora en l'estat d'ànim, l'augment de les activitats, la productivitat, la qualitat de les relacions familiars, etc. Si l'investigador només mesura un d'aquests aspectes (per exemple, l'estat d'ànim) pot deixar d'apreciar els altres.

2) Cal un marc conceptual sistematitzador.

És necessari crear una referència teòrica que permeti organitzar el tipus de mesura que cal utilitzar, i així utilitzar mesures que permetin copsar el canvi, en tots els vessants, segons aquest referent teòric.

3) Serien desitjables criteris de resultats individualitzats, tot i ser difícil utilitzar-los d'una manera efectiva.

Per a apreciar més bé els canvis que un subjecte duu a terme en el decurs d'una psicoteràpia, cal utilitzar mesures que siguin rellevants no solament per al seu problema o categoria diagnòstica, sinó d'acord amb la manera com es manifesta en el seu cas o amb la seva manera de viure'l.

4) Les mesures d'avaluació de resultats haurien de proporcionar dades rellevants clínicament.

No és tan important el fet de trobar un canvi en les puntuacions d'un qüestionari com que sigui rellevant clínicament; és a dir, que en la seva vida aquell canvi signifiqui una millora real.

La mesura de canvi és un tema força complex. Tot i que s'han intentat establir uns criteris comuns per a mesurar el canvi i, per tant, valorar l'eficàcia, trobem discrepàncies causades pel mateix concepte de canvi i per les opinions dels qui avaluen.

1.5. La metaanàlisi

Com hem anat veient, un dels principals problemes de la recerca clínica és com cal aplicar adequadament la metodologia experimental. Ens adonem que els resultats poden variar molt segons els dissenys i les mesures emprades, i també segons la lectura que se'n faci. Fins al final dels anys setanta, el procediment narratiu que s'utilitzava en la revisió de tots els estudis sobre un problema concret (per exemple, psicoteràpia de la depressió) resultava molt limitat, desproveït de fórmules precises a partir de les quals comparar els diferents estudis per tal de treure'n conclusions. Això va provocar la necessitat de trobar una metodologia diferent per a comparar diferents estudis en termes equiparables i poder treure'n conclusions.

La metaanàlisi o revisió sistematitzada de resultats, introduïda en psicoteràpia per Smith i Glass (1977), va ser el primer intent per superar aquestes mancances. Per primer cop oferien una metodologia precisa per revisar un gran nombre d'estudis a partir de l'establiment d'una mètrica comuna.

1.5.1. Com funciona la metaanàlisi?

En la seva forma més utilitzada, la metaanàlisi considera el conjunt dels estudis que cal investigar com si fossin una població. D'aquesta manera s'observa cada estudi com si fos un subjecte. Per tant, en una metaanàlisi la n és el nombre d'estudis inclòs en la revisió, i no el nombre de pacients. Les variables independents que s'extreuen de cada estudi són tant substantives (tipus de subjectes, experiència dels terapeutes, tractament utilitzat, tipus d'avaluacions, *setting*, etc.) com metodològiques (manera d'assignar els subjectes als grups, fiabilitat dels instruments i altres aspectes de la validesa de l'estudi).

La variable dependent més utilitzada és la **magnitud o dimensió de l'efecte** (*effect size*), i és una mesura tipificada respecte als diferents mètodes estadístics utilitzats pels diferents estudis. Per obtenir aquesta mesura haurem de dividir la diferència entre la mitjana del grup tractat i el grup control, per la desviació típica del grup de control.

$$ME = \frac{\bar{X}_t - \bar{X}_c}{DT Gc}$$

\bar{X}_t = Mitjana del grup de tractament

\bar{X}_c = Mitjana del grup de control

$DT Gc$ = Desviació típica del grup de control

En cas de comparar dos tractaments, la diferència es divideix per la desviació típica conjunta. Aquesta mètrica comuna ens permetrà quantificar la magnitud de la diferència.

La metaanàlisi ens ha permès combinar d'una manera ponderada els diferents estudis amb la finalitat d'arribar a conclusions com que la psicoteràpia és beneficiosa. També ens ha mostrat que no hi ha un tractament que produeixi efectes significatius superiors a la resta (vegeu l'apartat següent). Tampoc no podem oblidar que ens ha permès acumular els resultats derivats d'una mostra de subjectes superior al que es podria fer en un sol estudi. Finalment, ens ha permès combinar diferents mesures de canvi.

Tot i els avantatges obvis que ens ofereix la metaanàlisi, també hem de ser conscients de les limitacions que comporta. El fet que combini o consideri globalment els resultats obtinguts en estudis sovint molt diferents no vol dir que en millori la qualitat, ni que resolgui la diversitat entre els estudis considerats. D'altra banda, el fet que s'esforci per avaluar globalment teràpies, problemes, pacients i mesures pot fer passar desapercebudes certes peculiaritats dels estudis que poden ser rellevants clínicament o pel que fa a produir determinats resultats.

Un altre dels grans problemes que ha trobat la metaanàlisi és el de la manca de representativitat dels estudis. Només revisa els estudis ja fets; per tant, el lector d'una metaanàlisi pot prendre per definitives les seves conclusions i no ser conscient que s'ha estudiat més sobre un trastorn que un altre (i potser els estudis encara són insuficients), que els models conductuals i cognitius han fet més estudis que els altres models, etc.

La metaanàlisi és una tècnica estadística que permet revisar un gran nombre d'estudis amb una mètrica comuna. Tot i els avantatges que aquest mètode ofereix, no n'hem d'oblidar les limitacions.

2. La recerca sobre l'eficàcia II: principals resultats

2.1. Resultats metaanalítics sobre l'equivalència

Una de les conclusions més visibles que ha proporcionat la metaanàlisi (tot i que els psicoterapeutes fa temps que ja ho tenien clar) és que la psicoteràpia és més eficaç que l'absència de tractament. En la metaanàlisi de Smith, Glass, i Miller (1980), es van incloure quatre-cents setanta-cinc estudis fets fins a aquell moment, basats en dades d'un total de vint-i-cinc mil pacients i tractats amb una mitjana de setze sessions. Es va calcular l'eficàcia de la psicoteràpia en comparació amb el no-tractament i va resultar una mida de l'efecte global del 0,85. Aquesta dada es pot traduir en el fet que al final del tractament el 80% dels pacients havien obtingut millores més significatives que els no tractats, un 15% no presentaven diferències pel fet d'haver estat tractats, i un 5% es trobaven pitjor després de rebre psicoteràpia (pels efectes negatius que hi ha tingut el tractament o bé per la seva pròpia evolució). En síntesi, queda demostrada raonablement una eficàcia de la psicoteràpia que Eysenck havia posat en dubte.

Però, probablement, la conclusió més impactant de l'estudi de Smith i Glass (1980) va ser l'absència de diferències entre models d'intervenció. Efectivament, en calcular globalment les diferències entre els resultats obtinguts en tractaments de diferents orientacions no es van trobar diferències significatives. Això ens diu que els pacients milloren aproximadament en la mateixa mesura sigui quin sigui el model emprat. Aquesta equivalència aparent entre tractaments va suscitat molta polèmica.

Reflexió

Us resulta sorprenent que les diferents psicoteràpies apareguin com a equivalents? Quins elements poden haver contribuït a aquest resultat? Això vol dir que si una persona té un problema, tant és si fa un tractament psicoanalític com si fa una modificació de conducta (per exemple)?

D'una banda, alguns van reclamar que aquesta manca de diferències era deguda a la metodologia deficient d'alguns estudis. Però hi va haver autors que van replicar la metaanàlisi incloent només els estudis més rigorosos, sense poder trobar diferències.

Altres van considerar que això era un reclam per a aturar la "lluita d'escoles" i cercar les vies per a la integració en psicoteràpia. Si les dades no confirmaven que un model era superior als altres, era lògic pensar que calia seleccionar els

millors ingredients de cadascun per a poder formular un model integrador més eficaç. Aquesta línia de pensament es desenvolupa en el mòdul " Perspectives integradores de la intervenció psicològica" d'aquesta assignatura.

Amb una certa connexió amb aquest argument, es va defensar el paper dels factors comuns en psicoteràpia. Certament, si tots els models considerats són eficaços, potser ho són perquè malgrat les diferències aparents contenen uns mateixos ingredients que són els que realment contribueixen a fer eficaç una psicoteràpia. L'estudi i la conceptualització d'aquests factors es van veure força enfortits arran de la metaanàlisi de Smith, Glass, i Miller (1980).

Hi ha una tendència important a assenyalar que encara no hi havia prou estudis per a poder donar la conclusió de l'equivalència com a definitiva. Especialment si considerem, com sembla raonable fer, que els resultats poden variar segons el tipus de trastorn, la manca d'estudis per a alguns d'aquests trastorns és més que evident. Aquesta idea ha donat lloc a una sèrie de metaanàlisis restringides a problemes concrets (per exemple, la depressió), i també a estudis de més abast en col·laboració amb diversos centres de tractament. Tot plegat ha donat lloc a una cursa per a establir el tractament més eficaç per a cada problema o trastorn concret.

Els resultats metaanalítics han obert les portes a una sèrie de debats, perquè cap de les seves conclusions pel que fa a l'equivalència d'efectivitat no es pot considerar definitiva.

Una altra de les conclusions a què ens ha portat la metaanàlisi és que la psicoteràpia resulta més eficaç que l'absència de tractament.

2.2. Tractaments amb base empírica

Com hem vist, la recerca metodològica per a provar l'eficàcia dels diferents tractaments ha estat un tema cabdal, però tot aquest esforç no ens resultaria útil si obviéssim els resultats obtinguts fins aleshores. És per això que s'han establert una sèrie de criteris relacionats amb la recerca que ens permeten veure amb rapidesa si un tractament pot ser eficaç o no, depenent dels estudis empírics fets i publicats sobre el tema. És per això que diem que són estudis de base empírica, perquè al darrere hi ha tota una literatura que hi dóna suport. Vegem quins són alguns d'aquests criteris.

Hi ha hagut diverses classificacions de criteris proposades per a considerar tractaments amb base empírica. Un dels més coneguts ha estat l'elaborat el 1993 per la Comissió (Task Force) engegada per la Divisió 12 (Psicologia Clínica) de l'American Psychological Association. Aquests criteris han estat revisats en diverses ocasions. La revisió de Chambless i Hollon (1998) resulta molt clara i útil per a entendre el que expliquem. Aquests autors diferencien entre tres

grans blocs de possibles dissenys, segons la solidesa i el tipus de resultats que els avalen: tractaments eficaços i específics, tractaments eficaços i tractaments possiblement eficaços.

Críteris de Chambless i Hollon (1998) per als tractaments amb base empírica

- Tractaments **eficaços i específics**. Són els que disposen d'estudis en què almenys dos grups independents han trobat resultats estadísticament superiors als grups de tractament mínim (sovint anomenats *placebo*) o a un tractament alternatiu. Això suggereix que el tractament és superior a altres formes d'intervenció. Si hi hagués diversos estudis amb resultats contradictoris, per a establir l'eficàcia d'un caldria que es disposés d'estudis favorables de més bona qualitat metodològica.
- Tractaments **eficaços**. Per a ser considerat dins aquest grup, s'estima necessari que almenys hi hagi constatació que dos grups de recerca totalment independents hagin trobat resultats superiors estadísticament al no-tractament o equivalents a un tractament ja ben establert. Això suggereix que és prou eficaç per a ser emprat. Igual que en el primer cas, si hi ha resultats contradictoris predominen els que gaudeixen de més qualitat metodològica.
- Tractaments **possiblement eficaços**. Aquest grup està compost per una sèrie d'estudis que de moment no tenen dades conflictives. És a dir, aparentment són eficaços però encara no han estat replicats per un altre grup de recerca.

Cal destacar que, tot i haver-hi aquests criteris, han sorgit una sèrie de problemes. Per exemple, és habitual trobar per a un trastorn determinat que els tractaments eficaços (o amb base empírica) són de tipus conductual, ja que són els que fins ara s'han dedicat més a fer estudis d'aquest tipus. Però això no implica que la resta de tractaments no puguin ser eficaços.

També s'ha criticat el fet de considerar que un tractament és eficaç per a tots els subjectes que pateixen un problema determinat. Això comporta considerar totes les persones que pateixen aquest trastorn com si fossin equivalents pel que fa a la resposta al tractament. Aquest supòsit és força qüestionable, encara que l'assignació a l'atzar sigui l'encarregada d'adobar aquesta variabilitat intragrupal.

Però potser el més preocupant poden ser les implicacions de l'establiment de criteris que determinin els tractaments amb base empírica. Els governs, les companyies d'assegurances, els serveis de salut, etc. poden utilitzar la llista de tractaments eficaços per a excloure tractaments que no tenen base empírica o per a exigir que els terapeutes apliquin només els que sí que en tenen. La qüestió té implicacions ètiques, econòmiques, polítiques i socials que van més enllà de la recerca en psicoteràpia.

Els tractaments amb base empírica es regeixen per una sèrie de criteris que s'han de tenir en compte. Però cal anar amb cura, limitar-nos a aquests criteris podria portar conseqüències negatives i perjudicar la recerca.

Reflexió

Quins aspectes d'una persona, a més a més del trastorn que pateixi, poden influir en el fet que li sigui més útil un tipus de tractament o un altre?

Reflexió

S'han de deixar d'utilitzar els tractaments que no compleixin els criteris empírics? Cal finançar només la recerca en els tractaments que tenen possibilitats d'esdevenir eficaços? Que un tractament no disposi de base empírica vol dir que és ineficaç? Es podria demanar un professional pel fet de no utilitzar un tractament amb base empírica en un cas concret?

3. La recerca de l'eficàcia i l'efectivitat

3.1. Estudis d'eficàcia i d'efectivitat: trets diferencials

Sovint en la nostra terminologia diària utilitzem els termes *eficaç* i *efectiu* com a sinònims, però en la recerca cal anar amb molta cura, ja que no impliquen el mateix significat.

Fins ara hem utilitzat el terme *eficàcia*. S'entén amb aquest terme el fet que hi hagi una gran quantitat de dades empíriques a favor d'aquest tractament, que els estudis s'hagin fet amb una metodologia adequada (dissenys de cas únic i dissenys de grups), que els resultats hagin estat superiors als obtinguts amb el no-tractament o amb un tractament alternatiu, i que en definitiva compleixin els criteris esmentats en l'apartat anterior.

En canvi, l'**efectivitat** es un concepte diferent del d'eficàcia i implica diversos aspectes:

a) La **generalització** dels resultats obtinguts en les recerques desenvolupades en condicions experimentals, sovint un xic artificials o diferents de la pràctica clínica habitual. Vol dir que si volem parlar d'un estudi efectiu caldrà que aquest estudi, fet en unes condicions determinades, pugui ser reproduït en condicions naturals amb bons resultats.

b) La **viabilitat** de la intervenció fa referència a la mateixa acceptació del tractament per part del client tenint-ne en compte el cost, malestar, durada, efectes secundaris, etc. Inclou també la probabilitat de poder-se portar a terme i la possible difusió a la resta de la comunitat científica. Vol dir que perquè un estudi resulti efectiu caldrà que es pugui replicar amb facilitat.

c) L'**eficiència** és la relació entre el cost del tractament i el benefici obtingut tant per al client com per a la societat. És a dir, el tractament es considerarà eficient si assoleix l'objectiu amb un cost baix.

Reflexió

Es podria donar el cas que un tractament fos eficaç i no fos efectiu? I a l'inrevés? Quin grau d'influència poden tenir els factors polítics, econòmics, socials i culturals en el fet que s'adopti un tractament o un altre en un servei d'assistència determinat?

En resum, ens ha de quedar clar que eficàcia i efectivitat no són termes equivalents:

- L'eficàcia fa referència a l'obtenció d'un resultat que sigui útil per a produir canvi.
- En canvi, l'efectivitat es refereix a la possibilitat que el tractament sigui factible de ser aplicat d'una manera generalitzada.

4. Les recerques de procés

4.1. L'estudi del procés terapèutic

Sovint mesurem l'èxit de les intervencions per mitjà del resultat. Parlem de bons i mals resultats, però aquests resultats no ens diuen res sobre el procés que ha portat a obtenir-los. Què ha fet el terapeuta? Quin efecte específic ha tingut cadascuna de les seves intervencions? Quina ha estat veritablement útil per al client? Específicament, quins són els canvis que ha fet el client com a resultat (o no) de la intervenció del terapeuta? En definitiva, com es dona el procés de canvi?

"La recerca de processos pretén respondre la pregunta «Què és específicament terapèutic de la psicoteràpia?» a partir de l'anàlisi de qualsevol dels elements que es donen en el contacte terapèutic. Es tracta de l'estudi dels microprocessos implicats en una sessió de teràpia. S'orienta, per tant, a l'estudi dels processos del client, les actuacions del terapeuta, i les interaccions entre tots dos que produeixen canvi, un canvi que es pot reflectir en més o menys mesura en el resultat final de la teràpia."

(Feixas i Miró, 1993, p. 292)

Com ja hem vist, el tema de l'eficàcia ha estat central, però abans que això succeís la recerca es dirigia a la descripció del curs de la teràpia. Però això es feia d'una manera qualitativa i no servia per a resoldre el problema de la legitimitat de la psicoteràpia (eficàcia) en termes empírics. Per aquesta raó la investigació es va centrar principalment en els resultats. Però la recerca de procés no va desaparèixer, sinó que va quedar arraconada. L'exemple més clar és el de la psicoteràpia centrada en el client. Durant la dècada dels seixanta es van desenvolupar els primers instruments per a mesurar les "condicions necessàries i suficients" proposades per Rogers per a facilitar el procés de canvi en el client.

D'altra banda, el desenvolupament de nous mitjans de registre (àudio i vídeo) va permetre iniciar l'estudi de la comunicació verbal i no verbal dins la sessió psicoterapèutica. Així, pocs anys després apareix el primer manual dedicat a la recerca sobre el procés terapèutic (Kiesler, 1973).

Com comenten Feixas i Miró (1993), durant els anys vuitanta, coincidint amb el consens assolit sobre l'eficàcia de la psicoteràpia i la polèmica absència d'eficàcia diferencial de les diverses teràpies, es va desenvolupar molt més l'interès per investigar el procés psicoterapèutic. Al mateix temps, s'han multiplicat els esforços per integrar la recerca de processos i resultats. L'SPR (Society for Psychotherapy Research) ha estat el context científic i el fòrum en què més s'han exposat i debatut aquestes qüestions.

A continuació comentem breument dues línies de recerca de procés que ens semblen interessants com a exemple d'aquest enfocament de la recerca en psicoteràpia: l'estudi de les condicions facilitadores i la recerca sobre l'aliança terapèutica.

4.1.1. L'estudi de les condicions facilitadores

Aquesta línia de recerca de procés està molt relacionada amb la psicoteràpia centrada en el client. Com ja hem mencionat amb anterioritat, Rogers va parlar de les condicions "necessàries i suficients" per a obtenir èxit en la psicoteràpia. La recerca de procés basada en l'estudi de les condicions facilitadores pretén trobar les condicions que ajuden a tenir èxit en la psicoteràpia. Per a fer-ho s'han utilitzat diferents mètodes. En un principi es van utilitzar jutges per a observar i determinar quines havien estat les actituds del terapeuta que demostraven ser útils per a proporcionar el canvi en el client. Més endavant, en un intent de superar els resultats poc clars d'aquest sistema, es va optar per donar al client un qüestionari perquè fos ell qui determinés quines havien estat les condicions que havien produït el canvi.

4.1.2. La recerca sobre l'aliança terapèutica

Quan parlem d'aliança terapèutica ens acostuma a venir al cap la psicoanàlisi com a primer model que va formular aquest terme, però en l'actualitat el valor que ha pres ha estat el de descriptiu de la relació que es dona entre el client i el terapeuta en qualsevol tipus de teràpia. Diversos investigadors sobre l'aliança terapèutica han desenvolupat qüestionaris per poder-ne estudiar detalladament els components. Sembla que aquesta aliança no preveu tan sols aspectes de caire emocional, sinó tots els aspectes que fan referència a objectius, normes o peticions que es donen entre client i terapeuta. La recerca de procés sobre l'estudi de l'aliança terapèutica preveu tots dos aspectes amb la intenció de determinar si influencien en el canvi del pacient. Les conclusions de diversos estudis indiquen que l'aliança terapèutica influeix en l'èxit o el fracàs de la psicoteràpia, informació que ens pot facilitar la teràpia.

Si bé hem distingit dues línies de recerca ben diferenciades, la de resultats i la de processos, sembla bastant clar que entre elles es pot donar una relació de complementarietat en comptes de veure's d'una manera excloent. El més comú és que quan algú desenvolupa un tractament, primer vulgui constatar-ne l'eficàcia amb estudis comparatius de resultats, i així se'n pot establir el grau d'èxit. Una vegada es considera un tractament ben establert per a un determinat trastorn, sovint s'intenta entendre què és el que fa que la psicoteràpia funcioni, i quins efectes tenen en el client les actuacions del terapeuta.

La recerca de processos resulta una àrea molt interessant amb vista a entendre com es produeix el canvi en el client i quin efecte tenen les intervencions del terapeuta.

Les mesures de procés són molt útils per a relacionar la mateixa intervenció amb el resultat, i per a poder operar en termes clínics constructes teòrics.

Finalment, molts dels resultats obtinguts en la intervenció de procés són realment útils en la pràctica clínica per a augmentar l'eficàcia del tractament.

Bibliografia

- Chambless, D. L. i Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Gómez, J. (1987). *Meta-análisis*. Barcelona: PPU.
- Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy: empirical foundations and systems of analysis*. Chicago: Aldine.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., i Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. A S. L. Garfield, i A. E. Bergin (Comp.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3a. ed.). Nova York: Wiley.
- Mahoney, M. (1978). Experimental methods in outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 900-972.
- Norcross, J. C. (Comp.). (1986). *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. Nova York: Brunner Mazel.
- Smith, M. L. i Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., i Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins.

