

PASO 4: OBTENCIÓN DE LOS DATOS DE LA EVALUACIÓN

Métodos por utilizar A medida que los psicólogos toman decisiones acerca de qué aspectos del sistema persona–ambiente son más relevantes para medir, también deben decidir cuál de los muchos métodos será el utilizado en la evaluación de los objetivos seleccionados. Esas elecciones incluyen el uso de entrevistas clínicas estructuradas o no estructuradas, revisiones de la historia escolar del individuo o de sus registros médicos, mediciones del funcionamiento fisiológico, una amplia gama de pruebas psicológicas, autorreportes del individuo, informes de otras personas significativas en la vida del individuo y métodos para la observación directa de la conducta en el ambiente natural o en condiciones simuladas en la oficina del psicólogo. Las entrevistas serán relativamente flexibles, según las preferencias o el estilo del psicólogo individual, o altamente estructuradas en las cuales se plantea una serie de preguntas de una manera y en un orden prescrito, sin importar quién realice la entrevista. Las medidas fisiológicas pueden incluir un dispositivo que monitoree el ritmo cardiaco, la presión sanguínea, la temperatura de la piel o la tensión muscular en un área particular del cuerpo (por ejemplo, los músculos de la mandíbula). Literalmente se han desarrollado cientos de pruebas psicológicas, la mayoría de las cuales las aplica el psicólogo a un cliente sobre una base individual; un número más pequeño se aplican en un formato grupal. Las pruebas psicológicas incluyen medidas de inteligencia, evaluación del funcionamiento neuropsicológico, pruebas objetivas de la personalidad y métodos proyectivos para la evaluación de la personalidad. Las medidas de autorreporte se han diseñado con el propósito de evaluar síntomas de problemas específicos como la depresión, los acontecimientos estresantes de la vida, preocupaciones y problemas actuales, o percepciones de las relaciones con los demás. Los métodos de observación directa se utilizan para evaluar conductas específicas tal como ocurren en el ambiente natural o en condiciones simuladas en la oficina del terapeuta.

Por lo general, un psicólogo se basará en varios de esos métodos al conducir una evaluación clínica de un solo caso. El proceso de evaluación a menudo comienza con una entrevista la cual se convierte en el medio para obtener información general acerca del individuo y para establecer rapport con el cliente. Esta entrevista inicial puede ser seguida por exámenes psicológicos, observaciones de la conducta, por evaluación psicofisiológica. Por ejemplo, la evaluación de un niño canalizado debido a un trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede incluir entrevistas con los padres, el niño y el profesor (Barkley, 1992);

listas de cotejo de conducta completadas por los padres y los maestros (Chen, Faraone, Biederman y Tsuang, 1994; Hinshaw y Nigg, 1999); y el desempeño del niño en pruebas de inteligencia, atención sostenida en una prueba de desempeño continuo y función neuropsicológica (Doyle, Biederman, Seidman, Weber y Faraone, 2000; Nigg, Quamma, Greenberg y Kusche, 1999).

La elección de los métodos se ve influida por una serie de factores. Por ejemplo, la edad del cliente es una consideración importante. La evaluación de los adultos, por lo general, implica la aplicación de pruebas y entrevistas al individuo, mientras que la evaluación de un niño suele implicar la obtención de información de otros informantes (por ejemplo, padres, maestros) sobre la conducta del niño. La pregunta de canalización también desempeña un papel importante en los métodos de evaluación utilizados. Los procedimientos empleados con un adulto canalizado por una disfunción sexual serán muy diferentes de los usados en respuesta a una canalización por un trastorno de ansiedad. La selección de métodos también está muy influida por la orientación teórica del psicólogo y por la taxonomía de la psicopatología.

Confiabilidad y validez. La preocupación más importante que un psicólogo clínico debe enfrentar cuando realiza una evaluación clínica se centra en la precisión de los datos que recoge. La precisión puede reflejarse en la consistencia de la medición (confiabilidad) y en el grado en el que refleja el constructo de interés (validez).

La primera forma de determinar la precisión es considerar la confiabilidad de la información obtenida. La confiabilidad se refiere a la consistencia de las observaciones o mediciones realizadas y proporciona un primer paso hacia la seguridad de que se cuenta con información fidedigna. La confiabilidad se define como el grado de consistencia en la medición y se determina por la utilización de métodos máximamente similares para evaluar el mismo constructo. La confiabilidad de una medida se relaciona en forma inversa con el grado de error aleatorio del instrumento, por lo que una elevada confiabilidad indica un error bajo; una baja confiabilidad proporciona una advertencia de que la medida y la puntuación son proclives a un alto grado de error. La importancia de la consistencia en la medición puede verse fácilmente en un ejemplo ajeno al campo de la psicología. Imagínese a un padre que ha llevado a su hija de tres años al pediatra porque ha mostrado una serie de síntomas físicos: tiene vómitos, le es difícil dormir, llora mucho más de lo usual, y su piel se siente caliente y febril. Después de un interrogatorio acerca de esos síntomas, la enfermera toma la temperatura de la niña con un

termómetro. El aparato registra una temperatura de 39.5°C. Esta lectura indicaría una temperatura muy elevada por encima del nivel normal, 37°C, y una posible señal de una enfermedad importante. En la medida en que el termómetro sea preciso, su información conformará un dato importante en la formación de un diagnóstico de la condición de la niña. Pero ¿cómo sabe que este instrumento es preciso? ¿Qué sucedería si la enfermera toma de nuevo la temperatura de la niña 20 minutos después con el mismo termómetro y obtiene una lectura de 36.4°C? El segundo resultado disminuiría seriamente la confianza en el uso de este instrumento para juzgar si la fiebre es uno de los síntomas actuales de la niña. Dado que es muy poco probable que la temperatura corporal cambie tanto en 20 minutos, el segundo resultado sugeriría que el termómetro no es confiable.

Este ejemplo señala el problema que amenaza a la medición precisa: posibles fuentes de error. En la medida en que el error afecta a las medidas tomadas, no se puede estar seguro acerca de la precisión de esas observaciones. El error puede presentarse en dos formas: aleatorio y sistemático. El error aleatorio se produce cuando los factores influyen en las mediciones en formas impredecibles y no anticipadas. El error aleatorio puede ocurrir cuando un individuo responde al azar a una prueba objetiva o a una de opción múltiple, o cuando factores extraños (como el estado de ánimo actual), las distracciones presentes en el ambiente inmediato, los estados fisiológicos (como el hambre o la fatiga), y la motivación interfieren con las respuestas obtenidas en la medición. Mientras que el error aleatorio socava la confiabilidad de la medición, el error sistemático puede estar presente y el instrumento aún puede arrojar resultados confiables. El error sistemático, que se refleja en un sesgo persistente en la prueba o en las interpretaciones elaboradas por el examinador, amenaza la validez sin afectar la confiabilidad. La confiabilidad se determina de varias maneras diferentes, dependiendo del tipo de método de evaluación que se esté evaluando. Como se refleja en el ejemplo del termómetro, la consistencia de la medida a lo largo de periodos breves puede ser importante para algunas técnicas de evaluación. Esta confiabilidad se conoce como confiabilidad test-retest, porque la prueba o procedimiento se aplica de nuevo y se espera que produzca resultados idénticos, o al menos similares, en periodos cortos. Las pruebas de inteligencia o las características de personalidad, que se supone son características personales estables, necesitan tener una alta confiabilidad test-retest. La confiabilidad test-retest, por lo general, se expresa en forma de un coeficiente de correlación que puede ir de -1.00 a 0 a +1.00. La confiabilidad adecuada

típicamente es aceptada como una correlación test-retest de +.80 o mayor. Es decir, la mayoría de las medidas psicológicas no son perfectamente confiables, pues, en general, existe cierto error reflejado en una puntuación en las pruebas u otros procedimientos de evaluación. Sin embargo, un coeficiente de confiabilidad de +.80 o mayor indica que el error es suficientemente bajo, que la calificación es sobre todo, un reflejo de un patrón consistente de respuesta.

Si, a un sujeto se le pide que describa el carácter o la personalidad de una persona, desearía tener la oportunidad de observar a la persona o interactuar con ella en más de una ocasión para obtener una buena muestra de su conducta. Entre más observaciones pueda hacer, más sentirá que tuvo la oportunidad de obtener una muestra representativa del estilo de interactuar de esta persona con los demás y con el mundo. De manera similar, una prueba o medida psicológica debería contener muchos reactivos u observaciones que se espera reflejen el mismo constructo, tales como los muchos reactivos de una prueba que sirven como indicadores de ansiedad. El grado en el cual esos muchos reactivos se relacionen entre sí reflejará un segundo tipo de confiabilidad, la confiabilidad de consistencia interna de la medición. Una forma para obtener la consistencia entre los reactivos es dividir al azar los reactivos en dos grupos y determinar el grado de correlación o correspondencia entre las dos mitades; este método se conoce como confiabilidad de división por mitades. Una mala correlación entre las dos mitades de la prueba sugiere que existe una fuente desconocida de variabilidad o error que conduce a respuestas en algunos reactivos que difieren de las respuestas en otros reactivos.

Dado que la división de una medida en dos partes puede resultar en una correlación falsamente alta o baja entre las dos partes debido a una casualidad en la forma en que los reactivos fueron separados en dos grupos, es posible obtener una evaluación más cuidadosa de este tipo de confiabilidad determinando el promedio de todas las formas posibles en que la medida podría dividirse a la mitad. Esta aproximación, conocida como coeficiente Alpha o Alpha de Cronbach, es el método más utilizado para determinar la consistencia interna de las medidas (Cronbach, 1951). La **confiabilidad de consistencia interna** de una medición, por lo general, se incrementará en función del número de reactivos incluidos en la escala. En otras palabras, entre mayor sea la muestra obtenida de cualquier conducta dada, más representativa y, por lo tanto más confiable será la muestra. El efecto de uno o dos reactivos no confiables se reducirá en la medida en que se incremente en número total de reactivos. De manera similar a los índices de confiabilidad

test-retest, el coeficiente Alpha se expresa como un coeficiente de correlación (que va de -1.00 a +1.00) y se espera que los niveles aceptables sean mayores a +.70.

Un procedimiento desarrollado para observar conductas específicas, tales como la frecuencia con que un niño se mueve y se retuerce cuando está sentado en la escuela, necesitará reflejar observaciones confiables sin importar quién funja como observador. Esta aproximación necesitará tener una alta confiabilidad de un tercer tipo, **la confiabilidad interclase**. Por ejemplo, se puede solicitar la presencia de un psicólogo para que observe la conducta perturbadora y de atención de un niño en un salón de clases. Podría desarrollarse una lista de conductas específicas acompañada por una definición detallada de cada conducta. No obstante, es importante determinar que las observaciones de esas conductas específicas no se ven excesivamente afectadas por las percepciones de un observador individual y que pueden verificarse por más de un testigo. El grado de correspondencia entre dos observadores o calificadores puede reflejarse en el porcentaje de observaciones en las cuales coinciden en que una conducta estuvo presente o ausente.

Como los calificadores pueden estar de acuerdo hasta cierto grado por azar, a menudo se utiliza un coeficiente kappa (Fleiss y Cohen, 1973) para evaluar el grado de acuerdo por encima y más allá del nivel esperado por azar.

Como se refleja en los ejemplos anteriores, cada forma de confiabilidad no es igualmente importante para cada método de evaluación. Por ejemplo, la confiabilidad entre calificadores es irrelevante en la generación de las puntuaciones para una prueba de personalidad como el MMPI, ya que no participan calificadores en la evaluación de las respuestas de un cliente a esta prueba. La confiabilidad test-retest no es muy relevante para algunas formas de observación conductual si se sabe que las condiciones en las cuales se observa la conducta cambian o fluctúan. Por otro lado, este tipo de confiabilidad es importante si las condiciones ambientales bajo las cuales se observa la conducta permanecen estables. Sin embargo, debe demostrarse que cada tipo de procedimiento de evaluación psicológica posee el tipo apropiado de confiabilidad para ese tipo de medición.

Incluso si una medida produce resultados consistentes, todavía puede ser inexacta. Es decir, puede estar consistentemente en error en su medición. Por ello, la **evaluación de la validez** de un método de evaluación es tan importante como la determinación de su confiabilidad. La validez refleja el grado en el cual la técnica de evaluación mide lo que pretende o lo que está

diseñado para medir. La validez se determina utilizando métodos muy diferentes para medir el mismo constructo. Hay varios tipos diferentes de validez.

La forma más simple de validez no requiere ningún análisis estadístico. **La validez de contenido** es el grado en el que la medición cubre el rango completo del constructo que está siendo medido, así como el grado en que la medición excluye factores que no son representativos del constructo. En otras palabras, ¿los reactivos de la prueba representan los rasgos que son centrales para la definición de lo que está siendo medido? Por ejemplo, si se está intentando desarrollar una entrevista que pueda usarse para determinar si un individuo cumple los criterios del DSM –JV para el trastorno depresivo mayor, podría querer asegurar que los nueve síntomas centrales de la depresión fueran incluidos en las preguntas de la entrevista. Si se han omitido preguntas relacionadas con los patrones de sueño y el apetito, la entrevista podría tener una pobre validez de contenido como medición de la depresión.

Muchos, o la mayoría es de los factores medidos por los psicólogos son hipotéticos, esto es, no pueden ser vistos ni tocados, pero se conceptualizan de maneras particulares en las mentes y teorías de los psicólogos. Representan constructos definidos como parte de una teoría psicológica. Inteligencia, personalidad, funcionamiento del yo, autoestima y estilo de atribución son constructos hipotéticos. Cuando los psicólogos miden constructos hipotéticos deben establecer que su medición refleja fidedignamente lo que fue bosquejado en la teoría, necesitan establecer la validez de constructo de la medición. **La validez de constructo** es el grado en el que la medición refleja la estructura y los rasgos del constructo hipotético sujeto a medición.

Por ejemplo, muchos modelos de inteligencia proponen que la inteligencia global se compone de dos amplios factores, uno que refleja las habilidades verbales y el otro las habilidades viso espaciales (Sternberg, 1999; Sternberg y Kaufman, 1998). Una prueba adecuada de esta conceptualización de la inteligencia debería contener reactivos altamente correlacionados entre sí que evaluaran las habilidades verbales y, que también estén altamente correlacionados entre sí, reactivos que evaluaran las habilidades viso espaciales. Además, los reactivos que se espera midan las habilidades verbales y los que miden habilidades viso espaciales deberían correlacionar entre sí en menor grado que como lo harían en otros reactivos del mismo tipo.

El patrón de correlaciones entre reactivos y el grado en que este patrón refleja el constructo hipotético a menudo se evalúa mediante un procedimiento estadístico de análisis factorial (por ejemplo, Cole, Hoffman, Tram y Maxwell, 2000). Este procedimiento es una forma de examinar

las correlaciones entre grupos de reactivos, conocidos como factores. Por ejemplo, en la prueba de inteligencia de Wechsler, se esperaría que dos factores generales, o grupos de reactivos, estuvieran intercorrelacionados de manera cercana. Además, los subtests que forman el factor que representa la inteligencia verbal deberían correlacionarse más entre sí que con los subtests que comprenden el factor no verbal.

La validez de criterio es la más concreta de las diversas formas de validez. Se determina por el grado en el que una medida de un constructo particular se correlaciona con otro constructo que se supone está relacionado con el constructo de interés. Esas correlaciones pueden involucrar mediciones tomadas al mismo tiempo (**validez concurrente**), o una medición en un tiempo puede estar correlacionada con otra medida tomada en un momento posterior (**validez predictiva**). Un ejemplo clásico de validez de criterio es la asociación entre las pruebas de inteligencia y los índices de desempeño o aprovechamiento escolar. Si las calificaciones en una prueba CI reflejan el constructo subyacente de inteligencia, deberían correlacionar con lo bien que los niños se desempeñan en la escuela y también deberían predecir qué tan bien se desempeñarán en los años futuros.

PASO 5: TOMA DE DECISIONES

La información obtenida en el proceso de evaluación psicológica sólo es valiosa en la medida en la que pueda emplearse para tomar decisiones importantes acerca de la persona o personas objeto de la evaluación. Las metas de la evaluación –diagnóstico, detección, predicción y evaluación de la intervención determinan los tipos de decisiones que se tomen. Las decisiones tomadas con base en evaluaciones psicológicas pueden tener efectos profundos en la vida de las personas. Los resultados pueden incluir la prestación de servicios de educación especial a un niño que tuvo un mal desempeño en una prueba de inteligencia, la decisión de dar medicamento a un niño luego de un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la administración de un tratamiento para un trastorno de ansiedad, la determinación del grado de deterioro neurológico como resultado de una lesión en la cabeza, o la posible hospitalización por un riesgo suicida, sólo por mencionar unos cuantos ejemplos. El proceso de toma de decisiones es complejo, ya que es mucho lo que está en juego. Por lo tanto, es importante entender los factores que influyen en las decisiones y juicios hechos por los psicólogos clínicos y las formas de optimizar la calidad de esas decisiones.

Aspectos cognitivos de la evaluación y juicio clínico Los procesos de formarse impresiones de

otra gente y de tratar de explicar su conducta son tareas centrales para los psicólogos clínicos. No obstante, como se mencionó al inicio de este capítulo, esas tareas no son exclusivas de estos especialistas. Todos los seres humanos participan de la labor de obtener información acerca de la gente con la que se relacionan de alguna manera en sus vidas e intentan explicaciones sensatas de su comportamiento. El proceso que siguen los psicólogos clínicos debería parecer familiar a todas las personas. El procesamiento de la información implica obtener información acerca de otras personas, formarse impresiones y extraer conclusiones. Este proceso también se conoce como percepción de la persona. Los psicólogos sociales han estudiado con detalle el proceso de percepción de la persona, esto es, las formas en que los seres humanos se forman impresiones y emiten juicios de otros individuos (por ejemplo, Berscheid, 1994). La investigación básica sobre los procesos de observación y aprendizaje acerca de los demás proporciona un antecedente y fundamento para entender el proceso de evaluación en la psicología clínica. Esta investigación ha demostrado que los seres humanos son propensos a ciertos errores fundamentales al procesar la información acerca del mundo, en especial la información relativa a otra gente. Las personas son procesadores imperfectos de la información, y los tipos de errores que cometen son importantes en el proceso de evaluación en psicología clínica (Achenbach, 1985; Arkes, 1981). Después de todo, los psicólogos clínicos son seres humanos, si bien es cierto, especialmente entrenados, que emiten juicios acerca de otros. Los tipos de errores relevantes en el procesamiento de la información en la evaluación clínica caen dentro de tres categorías generales: errores de atención selectiva a sólo ciertas partes de la información de que se dispone, errores en la retención y el acceso a la información una vez que ésta se ha asimilado, y errores en las inferencias o juicios que se realizan basados en la información que hemos retenido o recordado. En relación al primero de esos procesos, la atención se sesga selectivamente de varias maneras, la mayoría de las cuales reflejan la influencia de las experiencias previas y de las expectativas que se tienen de la situación. Los sesgos confirmatorios son aquellas expectativas y creencias que llevan a conceder un peso excesivo a los datos que tienden a confirmar la creencia de quien procesa la información o al descuido de otros tipos de información (Arkes y Harkness, 1983). Por ejemplo, las hipótesis formadas muy al inicio del proceso de evaluación clínica pueden aceptarse con mucha facilidad porque continuamente se busca evidencia que las confirme (este proceso también se conoce como sesgo de primacía). De igual modo, la confianza en ciertas hipótesis aumenta entre más

tiempo se sostengan, aun si no se han obtenido los datos que las confirmen. Es de llamar la atención que se ha encontrado que los clínicos experimentados son más susceptibles a los efectos del sesgo de la información inicial que los no clínicos, quienes confían mucho menos en sus juicios (Friedlander y Phillips, 1984).

La gente también sesga la información debido a las formas en que codifica o almacena ésta en sus memorias. Uno de esos sesgos se denomina heurístico de la disponibilidad. Los heurísticos son estrategias o reglas para resolver problemas, es decir, formas que ayudan a la gente a organizar y simplificar la información pero que también pueden sesgar el juicio. El heurístico de disponibilidad se refiere al hecho de que la disponibilidad mental de casos previos que es posible utilizar para elaborar juicios acerca de un nuevo caso, puede verse afectada por factores como la vivacidad, lo reciente y la intensidad del compromiso con un caso particular, o por semejanzas del presente caso con otros casos en dimensiones que pueden ser irrelevantes. Tversky y Kahneman (1974) señalaron que los clínicos pueden cometer varios errores debidos al heurístico de disponibilidad: pueden pasar por alto las formas en que un nuevo caso difiere de otros a los que se parece superficialmente; igualar un caso con un patrón que se recuerda con facilidad a pesar de una mayor semejanza con un patrón menos disponible; inferir correlaciones que no existen, y sesgar sus estimaciones y predicciones para reflejar acontecimientos que son más vívidos para ellos en lugar de ser más representativos de lo que se estima o se predice.

Finalmente, la gente es dada a cometer errores en las formas en que hacen inferencias o juicios sobre la información. Entre esos errores destaca el que se conoce como correlación ilusoria, la tendencia a inferir asociaciones entre dos variables que, en realidad, no se correlacionan. Dicho de manera más específica, a menudo se infiere que las características de la gente y las respuestas a las pruebas se relacionan, y que esas inferencias persisten incluso cuando a los individuos se les presentan datos que señalan lo contrario (por ejemplo, Chapman y Chapman, 1967, 1971; Garfield y Kurtz, 1978; Gyns, Willis y Faust, 1995). La correlación ilusoria se relaciona con problemas para evaluar la covariación, o la habilidad para detectar "qué va con qué". Con frecuencia la gente es inducida a error porque los casos que reflejan covariación por lo general reciben más peso y son más destacados que los casos en que dos fenómenos no co-ocurren. Los juicios de covariación son todavía más complejos cuando los rasgos se califican en dimensiones más que en simples categorías de sí o no. Existe un problema adicional al aplicar datos grupales a una inferencia acerca de la co-ocurrencia y el significado de la co-ocurrencia

en un caso individual. El heurístico representativo está implicado cuando la gente intenta decidir si un fenómeno (un niño que golpea a otro niño) es representativo de una clase general de fenómenos (agresión). Es afectado por la insensibilidad a las tasas base –las tasas base bajas de un fenómeno llevan a la predicción excesiva de que es representativo–y por la insensibilidad al tamaño de la muestra –la gente con frecuencia sobreestima el grado en que una muestra pequeña es representativa de la población –(Achenbach , 1985).

Los estudios sobre el procesamiento humano de la información tiene malas y buenas noticias para la comprensión de la evaluación conducida por los psicólogos clínicos. La mala noticia es que las limitaciones en el procesamiento de la información restringen las habilidades de los psicólogos clínicos para formarse impresiones y emitir juicios acerca de la gente a la que atienden. La buena noticia es que se ha desarrollado un gran número de procedimientos y métodos para ayudar a los psicólogos clínicos a ser más eficientes y precisos cuando manejan información sobre sus clientes.

PREDICCIÓN CLÍNICA CONTRA PREDICCIÓN ESTADÍSTICA

Dado que la gente, incluyendo a los psicólogos clínicos, se enfrenta a una serie de obstáculos en el proceso de formular juicios acerca de la conducta de otras personas ¿cómo puede mejorarse el proceso de formulación de juicios? Para resolver esta interrogante es necesario retomar un tema planteado en el capítulo 2, la predicción clínica contra predicción estadística. Como se recordará, el tema lo abordó por primera vez el psicólogo Paul Meehl en 1954 (Meehl, 1954/1996) y en la actualidad sigue siendo un tema de investigación (Grove et al., 2000). El debate se centra en la relativa eficacia de los juicios subjetivos realizados por el clínico individual contra el uso de datos “actuariales” procedentes de muestras grandes y analizadas con métodos estadísticos (Dawes, Faust y Meehl, 1989).

El problema bosquejado por Meehl (1954/1996) es relativamente sencillo. Cuando los clínicos utilizan datos de evaluación psicológica, ¿cuál es la mejor manera en que pueden realizar juicios y predicciones acerca de los individuos?, ¿deberían combinarse los datos usando métodos estadísticos para hacer estimaciones de probabilidad, o debería combinarse la información de manera más subjetiva por el clínico individual basado en su experiencia? Los juicios o predicciones estadísticos (o actuariales) se basan en los datos de grandes números de

individuos que pueden usarse para determinar las tasas con las que tienen lugar ciertos eventos o relaciones (tasas base) y la probabilidad de que un evento suceda en el futuro a la luz de la información actual. Un ejemplo clásico puede encontrarse en las tablas actuariales usadas por las compañías de seguros para estimar la probabilidad de que un individuo determinado muera o tenga un accidente automovilístico dentro de un periodo determinado. Esas predicciones son importantes para las compañías de seguros y los clientes, porque influyen en la cantidad de dinero que deberá pagar una persona por una póliza: si la probabilidad de un resultado negativo es alta, el costo de la póliza aumentará de forma tal que la compañía pueda cubrir sus costos. Si las compañías de seguros efectuaran predicciones inexactas, saldrían rápidamente de los negocios por cobrar de menos a sus clientes o los perderían por cobrarles de más. No es sorprendente, entonces, que las compañías de seguros no confíen en los juicios subjetivos de los agentes individuales en la elaboración de conjeturas acerca de la probabilidad de que sus asegurados sean buenos o malos riesgos. Las compañías confían más bien en datos obtenidos de cientos o miles de individuos para generar estimaciones de la probabilidad de que un individuo particular con ciertas características (por ejemplo, de cierta edad, que fuma, que no bebe y posee una historia de salud particular) sobreviva hasta la edad de 75 años o tenga un accidente automovilístico el año próximo. Las predicciones basadas en los datos actuariales son más precisas que las que dependen del juicio de los agentes individuales.

Más de 100 estudios han comparado el uso de métodos clínicos y estadísticos para hacer juicios en la evaluación psicológica, incluyendo decisiones de diagnóstico, evaluaciones de la disfunción cerebral, predicciones de conducta violenta futura, predicciones de desempeño en el trabajo o la escuela, y predicciones de respuesta positiva a varias formas de tratamiento psicológico y farmacológico. La evidencia muestra con claridad la superioridad de los métodos estadísticos al elaborar juicios (Dawes et al., 1989; Grove et al., 2000). Una de las razones de la relativa superioridad de los juicios con base estadística es que son perfectamente confiables, pues siempre combinan la información disponible exactamente de la misma manera. El procesamiento humano de la información, como ya se ha explicado, no es muy confiable, ya que es proclive a cierto nivel inherente de inconsistencia y error.

Los hallazgos de la investigación que compara los métodos clínico y estadístico no significan que el proceso clínico de toma de decisiones deba ser frío e inhumano, realizado sólo por computadoras. El papel de los clínicos es crucial para ciertos tipos de tareas que no pueden

realizarse en forma adecuada por los métodos puramente empíricos, incluyendo la generación de hipótesis y el uso de la teoría para formular preguntas (Dawes et al., 1989; Meehl, 1986). El punto importante es que los métodos estadísticos son superiores para ciertos aspectos del proceso de la evaluación psicológica, lo cual permite a los psicólogos desarrollar tareas las cuales son los más adecuados.

El proceso de evaluación es muy parecido al proceso más general de investigación. Comienza con la emisión de hipótesis, un proceso basado en parte en la teoría, en parte en la investigación previa y en parte en corazonadas creativas del psicólogo individual. Después de emitir las hipótesis, el psicólogo debe seleccionar los métodos que va a emplear para probar esas hipótesis. Los métodos deben seleccionarse de acuerdo con su adecuación para probar esas hipótesis y de acuerdo con sus características psicométricas (confiabilidad, validez). Después los datos se recogen y analizan, pasos que a menudo requieren del uso de técnicas computarizadas de calificación y comparaciones con las muestras normativas. Por último, se formulan juicios y predicciones a partir de los datos obtenidos, pasos que se fundamentan mejor en datos normativos o actuariales.

PASO 6: COMUNICAR LA INFORMACIÓN

Después de recoger la información pertinente para la evaluación de un individuo y el ambiente en que funciona y después de calificar las medidas utilizadas e interpretar las puntuaciones, el psicólogo se enfrenta con la tarea final de la evaluación clínica: comunicar esta información y las interpretaciones a las partes interesadas. Esta comunicación por lo general toma la forma de un reporte psicológico escrito que se comparte con el cliente, con otros profesionales (médicos, maestros, otros profesionales de la salud mental), una corte legal o miembros de la familia responsables del cliente. El psicólogo enfrenta muchos desafíos al transmitir información de una evaluación, incluyendo la necesidad de ser preciso, de explicar en qué fundamenta sus juicios y de comunicarse sin tecnicismos. Así como el proceso de evaluación comparte muchas características con el proceso de investigación, un buen reporte psicológico también comparte muchos rasgos con un buen artículo de investigación. Debe empezar con una introducción al caso, incluyendo una descripción de las preguntas de canalización planteadas o las hipótesis probadas. Los métodos o procedimientos de evaluación utilizados deben describirse con detalle para que el lector pueda entender y evaluar su calidad. Los resultados se reportan a

continuación en un resumen claro y conciso de los datos. Por último, se presenta un análisis e interpretación de los resultados, incluyendo recomendaciones para una futura evaluación o intervención.