

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: RESULTADOS CLÍNICOS EN EVALUACIÓN
DE RUTINA (CORE)**

**VALIDATION OF THE INSTRUMENT: CLINICAL RESULTS IN THE ROUTINE
EVALUATION (CORE)**

Recibido: 03/07/2012

Aceptado: 18/12/2012

KATTIA VARGAS FALLAS
SILVIA PRADA VILLALOBOS
Universidad Católica de Costa Rica

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo presentar el proceso de adaptación al español y la validación del instrumento: **Resultados Clínicos en Evaluación de Rutina (Clinical Outcomes in Routine Evaluation)**. En una primera fase se realizó la traducción del instrumento por parte de dos especialistas en el área clínica, y luego se realizaron dos grupos focales donde se aplicaron y discutieron los ítems del instrumento (Prada, Chacón Sandoval, Gutiérrez- Doña, en prensa). En la segunda fase, se aplicó el instrumento a una muestra no clínica de 81 sujetos con dos fines, primero, realimentar la traducción efectuada, y, segundo, determinar la consistencia interna y niveles de confiabilidad del instrumento. Como fase final se aplica a una población clínica de 87 sujetos con el fin de demostrar su aplicabilidad y derivar información normativa nacional en relación a los puntajes propuestos por investigaciones previas.

Palabras clave: Evaluación de Rutina de Resultados Clínicos, validación, servicios de psicoterapia.

Abstract

The objective of this article is to introduce the process of the Spanish translation and validation of the instrument, CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation). In the first phase, translations of the instrument was done by two specialists in the clinic area and right after, two focal groups discussed and the analyzed the items of the instruments (Prada, Chacón, Sandoval, Gutiérrez-Doña, in the press). In the second phase, the instrument was applied to a non-clinic sample of 87

individuals in order to achieve two purposes; the first one to provide feedback to the translation and secondly, to determine the internal consistency and reliability of the instrument. In the final phase, the instrument is applied to a clinic population of 87 individuals to prove its applicability and originate normative national information in relation to the proposed scores from previous researches.

Key words: high impact, effective communication, presentations, powerful message, skills of communication.

Introducción

La prestación de servicios de psicoterapia en el contexto de los programas de salud, tanto por parte las instituciones del estado como por instituciones privadas, ha ido en ascenso en las últimas décadas; frente a esta circunstancia, se hace necesario contar en los distintos contextos, con herramientas que permitan la evaluación tanto, de la necesidad que puedan tener algunas personas de recibir este servicio, como de su efectividad e impacto en la población. En los últimos años se realizan esfuerzos por reducir la brecha que existe entre la investigación teórica y aquella basada en la evidencia.

La Asociación Americana de Psicología (APA), establece que la Psicología Basada en Evidencia (PBE) debe considerar los estudios más accesibles, la práctica clínica y considerar las variables del contexto en la que se ubica el paciente (Wilson, Armoutliev, Yakunina & Weth, 2009). El instrumento: Resultados Clínicos en Evaluación de Rutina (CORE) determina los resultados de la terapia en variables relacionadas con el bienestar, la

calidad de vida, el funcionamiento y la salud en general de la población destinataria.

En este sentido, dentro de un enfoque de PBE se utilizará el CORE como un instrumento de evaluación de resultados de servicios en psicoterapia. Este es un intento más por lograr parámetros de medición que puedan ser aplicados a los procesos psicoterapéuticos (Prada, 2009).

El ejemplar titulado CORE: una década de desarrollo, presentado por Gray & Mellor (2007), describe que en 1993 se organizó la conferencia de dos días para la Fundación de Salud Mental, ésta tenía como fin identificar las áreas prioritarias para el financiamiento de la investigación específica en las terapias psicológicas. De dicho evento surgió un grupo multicéntrico, dirigido por Michael Barkham, quienes ganaron la competencia exponiendo su nuevo instrumento de evaluación CORE.

El instrumento fue publicado en 1998 como resultado de la colaboración entre profesionales e investigadores, buscando un sistema de evaluación para la medición de la efectividad en la práctica clínica.

Entre las ventajas de la utilización del CORE es que los terapeutas lo pueden aplicar, indistintamente del enfoque terapéutico que utilicen. Los terapeutas pueden obtener una medida estándar acerca de los resultados del tratamiento, donde existen variables que se deben de tomar en cuenta en relación no solo al cliente y su motivo de consulta, sino también en relación con el tratamiento que se aplica.

Actualmente, en Inglaterra forma parte de la rutina de evaluación de resultados que se obtienen en la práctica clínica. El CORE cuenta con un boletín trimestral, (CORE IMS), que tiene como objetivo informar y actualizar a los profesional e investigadores sobre el trabajo que se realiza con el instrumento para promover un mejor uso y aplicación del mismo.

La motivación del uso del CORE fue la idea de que diferentes terapeutas, desde diferentes teorías y trabajando en diferentes lugares puedan encontrar una estandarizada y única medición de los resultados de la práctica clínica.

Es una medida breve y aceptable para los clientes y terapeutas. Este instrumento abarca variables como bienestar, síntomas, funcionamiento de la vida y medición de riesgo para sí mismo y para otros. Mide las diferencias individuales en relación a la entrada y finalización de la terapia (Evans, Mellor-Clark, Margison, Barkham, Audin, Connell, & McGrath, 2000).

Tal como lo plantea Barkham (2001), medir la intensidad de los síntomas en cada sesión puede ser la única manera de evaluar

los resultados de los pacientes que abandonan el proceso de terapia o que no asisten a evaluaciones posteriores al tratamiento.

Diversas investigaciones se han llevado a cabo para someter a análisis el instrumento; más de 2.000 resultados muestran buena fiabilidad y validez convergente contra medidas más largas y menos generales, grandes diferencias entre puntajes clínicos y no clínicos y buena sensibilidad para el cambio (Evans et al. 2000).

Dada la necesidad de contar con herramientas que permitan medir la eficacia de la técnicas empleadas en un proceso terapéutico, y en vista de los resultados psicométricos que ha demostrado el CORE, es que se decide adaptar al español dicho instrumento, para posteriormente determinar si su validez y confiabilidad es equivalente a los valores en su versión original.

Antecedentes

El CORE ha sido ampliamente validado (Evans et al., 2000), y una serie de publicaciones demuestran que es considerado de gran utilidad, para la evaluación clínica y del servicio que se le brinda (Mellor, Barkham, Connell y Evans, 1999).

En este sentido Cahill et al. (2006) la utilizaron para correlacionar los resultados del CORE OM (Outcome Measure) y la escala para depresión BDI, la Hamilton Rating Scale, la cual mide niveles de depresión; y el instrumento, Beck Hopelessness Scale, que se aplica a pacientes en tratamiento cognitivo para la depresión. En esta investigación se

encontraron correlaciones altas ente el BDI y el CORE OM como medida de la severidad de los síntomas en pacientes con depresión. Estas altas correlaciones se encontraron en todos los niveles tanto en medidas repetidas durante el tratamiento, medidas pre tratamiento, en variaciones entre sesiones y en medidas de mejoría a través del tratamiento.

En cuanto a los principales hallazgos se encuentra que el instrumento CORE es diseñado con el fin de proporcionar un sistema de medición de resultados de rutina para las terapias psicológicas y algunas áreas de la psiquiatría. Se crea con la esperanza de cerrar la brecha entre la investigación y la práctica clínica. Asimismo su principal objetivo era producir un núcleo central para la medición de resultados, estas medidas centrales deberían concentrarse en los aspectos comunes de angustia y la disfunción.

Se destaca respecto a la metodología del instrumento CORE que es de suma importancia la medición del cambio individual. El instrumento es fiable y clínicamente significativo, y propone el uso de los intervalos de confianza simple para ayudar a indicar la precisión de los datos agrupados.

Como se mencionó en párrafos anteriores, el Boletín Trimestral CORE IMS, tiene como objetivo mantener informado y actualizado al profesional respecto a la gama de acontecimientos que se están trabajando. Por ejemplo, en el artículo "Impacto de la utilización del sistema CORE sobre la calidad del servicio" presentado por CORE Partnership (2007), está dirigido

principalmente a compartir con la práctica de los médicos y directores de servicios, la experiencia adquirida en la gama de uso a gran escala del núcleo del sistema.

Por otro lado, en el artículo "Evaluación de la eficacia de un servicio de terapia psicológica" se destaca una alta proporción de servicios de atención primaria de terapia psicológica que han estado utilizando el sistema por un período de al menos un año. Mediante este uso reiterado se destaca que el 70% o más de los pacientes han logrado mejorar (CORE Partnership, 2007).

Método

Esta investigación se enmarcó dentro de un enfoque mixto (cualitativo-cuantitativo) donde en una primera etapa se procedió la traducción al español del instrumento donde se recurrió al juicio de expertos y a la aplicación de un grupo focal (enfoque cualitativo), posteriormente ese instrumento sería aplicado para determinar su validez y confiabilidad (enfoque cuantitativo).

Participantes

El instrumento Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) en su traducción al castellano fue aplicado a dos grupos de muestra, una no clínica (grupo de control) con 81 personas conformada por estudiantes que iniciaban su carrera universitaria de psicología e ingeniería informática y una muestra Clínica (grupo experimental) con 87

sujetos conformado por usuarios del CASI que en ese momento estaban llevando su proceso terapéutico. En la siguiente tabla se exponen los datos sociodemográficos de acuerdo al género y la edad.

Tabla 1.
Distribución sociodemográfica de las muestras clínicas y no clínicas.

Tipo de muestra	Género		Edad (DE) ^a	n ^b
	Mujer (%)	Hombre (%)		
Clínica	53 (27,4%)	20 (72,6%)	27 (10,43)	87
No Clínica	38 (46,9%)	43 (53,1%)	26 (13,29)	81

Nota: ^a Edad promedio, entre paréntesis la desviación estándar. ^b Muestra.

Variables

El instrumento está compuesto por cuatro variables, las cuales son:

Bienestar subjetivo: Se define como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, e incluye una dimensión cognitiva (que se refiere a la satisfacción con la vida en su totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.), y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas), que mediante una compleja interacción generan en el individuo percepciones que abarcan un espectro de vivencias que transita desde la agonía hasta el éxtasis.

Síntoma: Se define como la presencia de conductas genéricas relativas a síntomas comportamentales, psicofisiológicos y cognitivos relacionados con ansiedad, depresión, trauma y somatización.

Funcionamiento. Se define como la capacidad del sujeto para llevar a cabo tareas cotidianas y desempeño general en la vida diaria, establecer vínculos cercanos, amistades y relaciones interpersonales efectivas.

Riesgo o daño: Se define como el indicador de riesgo que el sujeto evaluado posee de hacerse daño a sí mismos u otros, traducido en pensamientos, conductas y planeamiento relacionados con la conducta de daño.

Instrumento

El CORE está constituido por las cuatro variables mencionadas anteriormente: Bienestar Subjetivo que posee cuatro ítems para ser medido, la variable Síntomas con 12 reactivos, la variable Funcionamiento con 12 reactivos y finalmente la variable Riesgo con seis ítems. En total posee 34 ítems. Es auto-aplicado y presenta una escala tipo Likert de cinco opciones: (0) La situación No ocurre del todo en la última semana, (1) La situación se da solo ocasionalmente en la última semana, (2) La situación se ha presentado solo algunas veces en la última semana, (3) la situación ha ocurrido a menudo en la última semana, (4) La situación se ha presentado a mayoría del tiempo.

Procedimiento

Esta investigación se dividió en dos fases, la primera fase fue de tipo cualitativa, y se dividió en cinco etapas. En la primera etapa se procedió a realizar la traducción del instrumento, la segunda etapa consistió en someter el instrumento traducido a juicio de expertos. Estos expertos fueron tres y debían cumplir tres requisitos importantes: Un mínimo de cinco años de experiencia en el ámbito clínico, estar incorporado (a) en el Colegio Profesional del Psicólogos y todos los expertos debían pertenecer a enfoques terapéuticos distintos. La tercera etapa consistió en hacer las correcciones de forma y de fondo correspondientes a las observaciones llevadas cabo por los expertos. En la cuarta etapa se procedió a realizar un grupo focal con personas usuarias de servicios de psicoterapia del CASI, para una revisión final en cuanto a lenguaje y comprensión del instrumento, por último la quinta etapa consistió en aplicar dichas correcciones al instrumento CORE.

La segunda fase, de orden cuantitativo, consistió en la aplicación de los instrumentos a las dos muestras (clínica y no clínica) de manera simultánea. La muestra clínica estuvo conformada por 80 personas y la muestra no clínica por 87 personas. Posteriormente se llevó a cabo el análisis estadístico de los resultados obtenidos, empleando el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés, versión 18).

Análisis de datos

Se aplicaron estadísticos de normalidad y prueba de homogeneidad de la varianza. Para el análisis de confiabilidad de los datos se utilizó el *Alpha de Cronbach*. Se llevó a cabo un análisis de confiabilidad de división por mitades y por cada una de las variables. Se realizó un análisis factorial exploratorio que midió el agrupamiento de los ítems según el patrón de respuesta, se utilizó el método de máxima verosimilitud y con rotación Varimax. Por último, para comparar las magnitudes de las correlaciones, se utilizó la prueba de Kaiser, Mayer y Olkin (KMO) y prueba de esfericidad de Bartlett, procedimiento que se utiliza para comprobar si es posible realizar un factorial en relación al tamaño de la muestra; valores superiores a 0,5 serán considerados como aceptables.

Resultados

Se llevó a cabo un estudio de la normalidad (*D*) y de la homogeneidad de la varianza (*Levene*) en las dos muestras, tanto la clínica (tabla 2) como la no clínica (tabla 3). La variable riesgo no es normal en las dos muestras, sin embargo esto no afecta el índice total, el cual muestra normalidad. Todas las variables presentan homogeneidad de la varianza.

Se realizó un análisis factorial exploratorio para cada una de las dos muestras, en la tabla 4 se presentan los datos correspondientes. El KMO de la muestra clínica arrojó un valor de 0,79 y de la muestra

Tabla 2
Homogeneidad y normalidad de la muestra clínica.

Estadístico	Variable socio-demográfica	Variable					
		Funcionamiento	Síntomas	Bienestar	Riesgo	Todos	Todos menos riesgo
D ^a		0,109	0,330	0,129	0,001	0,235	0,452
		P = 1,206	p = 0,948	P = 1,171	p = 2,327	p = 1,035	p = 0,859
	Sexo	1,191	1,733	0,027	0,109	0,145	0,197
Levene	(1,62)	p = 0,279	p = 0,193	p = 0,870	p = 0,742	p = 0,704	p = 0,659

Nota: ^a Kolmogorov-Sminorv

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3
Homogeneidad y normalidad de la muestra no clínica.

Estadístico	Variable socio-demográfica	Variable					
		Funcionamiento	Síntomas	Bienestar	Riesgo	Todos	Todos menos riesgo
D ^a		0,049	0,096	0,527	0,001	0,152	0,314
		P = 1.362	p = 1.231	P = .810	p = 2.985	p = 1.135	p = .961
	Sexo	3,065	3,081	1,419	19,070	2,110	2,069
Levene	(1,77)	p = 0,084	p = 0,083	p = 0,237	p = 0,001	p = 0,150	p = 0,154

Nota: ^a Kolmogorov-Sminorv

Fuente: elaboración propia.

no clínica de 0,58. La prueba de esfericidad de Bartlett, en el caso de la muestra clínica fue la siguiente: $\chi^2 = 1708,16$; $p = 0,001$, $gl = 561$; la muestra no clínica arrojó: $\chi^2 = 1263,33$; $p = 0,001$, $gl = 561$ de ítems. En el caso de los datos de la muestra no clínica, el KMO sugiere baja correlación de los ítems totales, sin embargo la prueba de Bartlett indica que aún así es posible continuar con el análisis factorial exploratorio. Los ítems de ambas muestras debieron ser estandarizados (puntajes z), pues algunos registraban escalamientos con contenido diferentes.

La tabla 4 demuestra que la muestra clínica tiende a manifestar varianzas acumuladas mayores en menores agrupaciones factoriales (72,672% de la varianza total explicada en 8 factores), en comparación con la muestra no clínica, la cual requiere nueve factores para alcanzar el 63,361% de la varianza explicada total. Además las cargas factoriales (datos no presentados), tienden a estar agrupadas de forma más clara en los datos de la muestra clínica que en la no clínica.

Tabla 4.
Análisis factorial exploratorio de la muestra clínica y no clínica del CORE

Tipo de muestra	Factores	Total ^a	Porcentaje de la varianza	Porcentaje de la varianza acumulada.
Clínica	1	5,744	16,895	16,895
	2	5,017	14,756	31,651
	3	3,515	10,338	41,989
	4	2,487	7,314	49,303
	5	2,479	7,290	56,593
	6	2,242	6,593	63,186
	7	1,630	4,793	67,979
	8	1,596	4,694	72,672
No clínica	1	3,990	11,734	11,734
	2	3,322	9,770	21,504
	3	3,318	9,760	31,264
	4	2,465	7,249	38,513
	5	2,086	6,136	44,649
	6	1,867	5,492	50,141
	7	1,706	5,017	55,158
	8	1,406	4,135	59,293
	9	1,383	4,068	63,361

Nota: ^a Se utilizan tres decimales para mantener los valores originales.

En esta tabla solo se incluyen las extracciones de las cargas de las sumas de cuadrados.

Fuente: elaboración propia.

En relación con la consistencia interna del CORE, en la tabla 5 se presentan los puntajes de confiabilidad de Cronbach por cada variable que integra dicha prueba, además se incluye la confiabilidad total.

Al igual que en la tabla 4, se puede observar que la confiabilidad total y por variables, es mayor en la muestra clínica que en los datos de la muestra no clínica, en el caso de la confiabilidad total, la diferencia es de 0,337 puntos, favorable a la muestra clínica.

Discusión

La investigación que da pie al presente artículo se orientó al estudio de las propiedades psicométricas del instrumento CORE, versión traducida al español. De los resultados obtenidos se generaron tres puntos de discusión, cada uno de ellos vinculados a los objetivos específicos del proyecto.

Con respecto al objetivo específico orientado a generar una versión del CORE en español, cabe destacar que el procedimiento

Tabla 5.
Coeficientes de confiabilidad por cada una de las variables, en la muestra clínica y no clínica.

Muestra Clínica		Muestra No Clínica	
Variable	Índices de confiabilidad	Variable	Índices de confiabilidad
1. Bienestar subjetivo	0,809	1. Bienestar Subjetivo	0,751
2. Síntoma	0,883	2. Síntoma	0,751
3. Funcionamiento	0,887	3. Funcionamiento	0,782
4. Riesgo	0,820	4. Riesgo	0,601
Confiabilidad total	0,952	Confiabilidad total	0,615

Fuente: elaboración propia.

de traducción empleado, demostró resultados factoriales que apuntan a la validez del contenido óptima para las muestras costarricenses. Esta validación se llevó a cabo por medio del juicio de expertos propuesto por Lawshe en 1975, citado por Cohen y Swerdlik (1996) quien propuso esta forma de validación como una fórmula simple para medir el grado de consenso que presentan un grupo de expertos en cuanto al contenido de una prueba. Kerlinger (2002) también hace referencia a la validez de contenido como un juicio ya sea por parte del mismo investigador o con la ayuda de otros.

Con respecto a la validación del instrumento, el análisis factorial exploratorio demuestra que existe una menor dispersión de la información de los datos de la muestra clínica en relación con la muestra no clínica, por ejemplo en la muestra clínica el instrumento arrojó ocho factores que explican el 63.3% de la varianza.

Se encontraron diferencias en los puntajes de confiabilidad en las dos muestras del estudio. Estas variaciones

en la confiabilidad, apuntan a patrones de correlación interna de los ítems del CORE-OM, en el caso de cada variable se puede indicar que las muestras clínicas tienden a manifestar un comportamiento más homogéneo, lo que es detectado por el instrumento en cuestión; sin embargo cuando el mismo test se emplea en muestras que no tienen caracteres clínicos, la dispersión (o variabilidad) de los puntajes del instrumento tiende a ser mayor. Se determina que el CORE demuestra una mejor consistencia en las muestras de individuos para las que fue construido. Esto concuerda con Barkhan et. al (2001), quienes mencionan que el CORE presenta diferencias altamente significativas de los resultados obtenidos en cuanto a la confiabilidad, entre las muestras Clínicas y No Clínicas.

De la mano con lo anterior, cabe destacar que el CORE en su versión traducida al español presenta validez de constructo, ya que como lo mencionan Cohen y Swerdlik (1996): "una prueba presenta una medida válida de constructo en la medida en que se den

puntuaciones altas y bajas en la población, tal y como lo predice la teoría" (p.206). En este caso, el CORE está construido con el objetivo de medir cambios terapéuticos en pacientes o clientes de servicios en psicoterapia o en población clínica, no así en personas que no presentan ningún tipo de patología, lo coincide con los resultados expuestos.

Como conclusión principal se logró determinar que el instrumento CORE en su versión al español es confiable y que puede ser empleado como una herramienta para medir efectividad del proceso terapéutico y a la vez ser utilizado para futuras investigaciones que arrojen datos que permitan que la psicología se convierta en una disciplina científica.

Referencias

- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C. & Benson, J. (julio, 2001). Service Profiling and Outcomes Benchmarking Using the CORE-OM: Toward Practice- Based Evidence in the Psychological Therapies. *Journal of Consulting Psychology*, 69 (2). Recuperado de <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/69/2/184.pdf>
- Cahill, J., Barkham, M., Twigg, E., Rees, A., Stiles, W., Hardy, G., & Evans, C. (Octubre, 2006). Convergent Validity of the CORE Measures with measures of Depression for Clients in Cognitive Therapy for Depression. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (2). Recuperado de <http://psycnet.apa.org/journals/cou/53/2/253.pdf>
- Cohen, R & Swerdlik, M. (1996). *Pruebas y Evaluación Psicológicas*. México: Mc Graw-Hill.
- CORE Partnership. (Julio, 2007). CORE Impact of the use of CORE system on services quality. *CORE Asociation Occasional Paper*. Reino Unido: CORE IMS.
- Evans, C. (2003). Aspectos psicométricos y metodológicos del Sistema CORE (Resultados Clínicos en Evaluación de Rutina). Asociación *CORE Papeles Ocasiones*. Reino Unido: CORE IMS.
- Evans, C., Mellor, C., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Conelle, J., MacGrath, J. (2000). Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal in Mental Health*, 9, (3), 247-255
- Gray, P. & Mellor, J. (2007). CORE: A Decade of Development. *CORE Asociation Occasional Paper*. Reino Unido: CORE IMS.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. Mc Graw-Hill, México.
- Mellor-Clark, J., Barkham, M., Connell, J., Evans, C. (1999). Practice based evidence and need for a standardized evaluation system: Informing the design of the CORE System. *European Journal of Psychotherapy, Counseling and Health*, 2, 357-374.
- Mellor-Clark John & Barkham, Michael (2006) The CORE System: Developing and Delivering Practice-based Evidence Through Quality Evaluation. En: Feltham Colin & Horton Ian (2006) *The SAGE Handbook of Counseling and Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Prada, S. (2009). Algunos aspectos relacionados con el abandono o cierre de la terapia psicológica en pacientes del Centro de Atención y Servicios Integrados (CASI). *Humanitas*, 6 (6), 100-114.
- Prada, S., Sandoval, C. & Gutiérrez Doña, B. (en prensa). Adaptación al Castellano y Validación del Instrumento CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation): Una Herramienta para la Evaluación de los Procesos Psicoterapéuticos. *Revista Costarricense de Psicología*.

Wilson, J; Armoutliev, E; Yakunina, E & Weth, J. (2009). Practicing Psychologists’s Reflections on Evidence-Based Practice in Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*. 40 (4). 403-409.

* Kattia Vargas Fallas, kattyvanne@gmail.com
Silvia Prada Villalobos, silprada@gmail.com