

Nota de la traductora: para facilitar la lectura del texto, se ha utilizado el masculino de modo genérico, tal como indica la Real Academia Española.

Duncan, B.L. y Reese, R.J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS). Revisiting the Client's Frame of Reference. *Psychotherapy*, 52(4), 391-401.

Título: Sistema de socios para la gestión del cambio (PCOMS por sus siglas en inglés). Re-pensando el marco de referencia del cliente

Abstract

A pesar de la eficacia general de la psicoterapia (Lambert, 2013), muchos clientes no obtienen beneficios de ella (Reese, Duncan, Bohanske, Owen y Minami, 2014), los abandonos son un problema (Swift y Greenberg, 2012), y los terapeutas presentan variaciones significativas en sus tasas de éxito (Baldwin e Imel, 2013), juzgan pobremente los resultados negativos (Chapman et al., 2012), y sobreestiman en gran medida su efectividad (Walfish, McAlister, O'Donnell y Lambert, 2012). La retroalimentación o *feedback* sistemático del cliente ofrece una solución (Duncan, 2014). Han emergido distintos sistemas de retroalimentación (Castonguay, Barkham, Lutz y McAleavy, 2013), pero solo dos disponen del respaldo de ensayos clínicos aleatorizados y están incluidos en el Registro Nacional de Programas y Prácticas basadas en la Evidencia de la Administración de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés): El *Outcome Questionnaire -45.2 System* o Sistema de Cuestionario de Resultados 45.2 (Lambert, 2010), y el *Partners for Change Outcome Management System* o Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (PCOMS; Duncan, 2012). Este artículo presenta el estado actual del sistema PCOMS, las psicometrías de las medidas del sistema PCOMS, su soporte empírico, así como sus aplicaciones a nivel clínico y de capacitación. Se detallan futuras direcciones e implicaciones de la investigación sobre el sistema PCOMS, así como sus aplicaciones prácticas y de capacitación. Finalmente, proponemos que la retroalimentación sistemática ofrece una manera, vía recolección a gran escala de datos, para re-priorizar lo que importa para el resultado de la psicoterapia, recuperando nuestros valores centrales empíricamente validados, así como nuestra identidad, y generando un cambio en la conversación, pasando de un discurso dominado por el modelo médico a un discurso desde una perspectiva más científica y relacional.

Keywords: PCOMS, client-based outcome feedback, systematic feedback, evidence-based practice, Partners for Change Outcome Management System.

Palabras clave: PCOMS, retroalimentación de resultados basados en el cliente, retroalimentación sistemática, práctica basada en la evidencia, Partners for Change Outcome Management System.

Por hermosa que sea la estrategia, en ocasiones debes prestar atención a los resultados.
Winston Churchill.

A pesar de la eficacia general de la psicoterapia (Lambert, 2013), muchos clientes no obtienen beneficios de ella (Reese, Duncan, Bohanske, Owen y Minami, 2014), los abandonos son un problema (Swift y Greenberg, 2012), y los terapeutas presentan variaciones significativas en sus tasas de éxito (Baldwin e Imel, 2013), juzgan pobremente los resultados negativos (Chapman et al., 2012), y sobreestiman en gran medida su efectividad (Walfish, McAlister, O'Donnell y Lambert, 2012). La retroalimentación o *feedback* sistemático del cliente ofrece una solución (Duncan, 2014). Se refiere a la monitorización continua de las percepciones del cliente sobre su progreso en la terapia, y una comparación en tiempo real con la respuesta esperada al tratamiento (ETR, por sus siglas en inglés), para calibrar el progreso del cliente e informar cuando el cambio no se esté dando como se predijo. Con esta alerta, tanto clínicos como clientes tienen la oportunidad de cambiar el enfoque, revisar objetivos, o plantear otras intervenciones antes del deterioro o el abandono.

Han emergido distintos sistemas de retroalimentación (Castonguay, Barkham, Lutz y McAleavy, 2013), pero solo dos cuentan con el respaldo de pruebas clínicas aleatorizadas (RCT por sus siglas en inglés) y están incluidos en el Registro Nacional de Programas y Prácticas basadas en la Evidencia de la Administración Nacional de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA): El primero es el *Outcome Questionnaire -45.2 System* o Sistema de Cuestionario de Resultados-45.2 (OQ; Lambert, 2010). Michael Lambert es el pionero de la retroalimentación sistemática, evolucionando desde la medición de resultados pre-post, a un proceso de retroalimentación "en tiempo real" con un historial comprobado de mejores resultados. El OQ se diseña para monitorizar el funcionamiento del cliente en cada sesión, siendo el primer instrumento diseñado para ello. Lambert y sus colaboradores establecieron de modo convincente que la medición de resultados no es algo exclusivo de los investigadores, y que forma parte de la práctica clínica rutinaria.

La otra intervención sobre la retroalimentación sistemática incluida en el Registro Nacional de Programas y Prácticas basadas en la Evidencia de la Administración de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) es el *Partners for Change Outcome Management System* o Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (PCOMS; Duncan, 2012). Emerge de la práctica clínica y se diseña teniendo en mente al clínico o profesional que trabaja en primera línea; el sistema PCOMS utiliza dos escalas de cuatro ítems o dimensiones cada una: una escala centrada en resultados (la *Outcome Rating Scale* o Escala de Puntuación de Resultados [ORS, por sus siglas en inglés]; Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud, 2003), y otra que evalúa la alianza terapéutica (la *Session Rating Scale* o Escala de Puntuación de Sesión [SRS, por sus siglas en inglés]; Duncan et al., 2013). El sistema PCOMS involucra directamente a clínicos y clientes en un proceso continuo en el que miden y debaten el progreso y la alianza, siendo el primer sistema diseñado para ello.

Una revisión en forma de meta-análisis de seis estudios de OQ (N=6151) reveló que los clientes en condición de retroalimentación tuvieron menos de la mitad de posibilidades de experimentar un deterioro, y aproximadamente 2'6 veces más de posibilidades de obtener una

mejora fehaciente que aquellos incluidos en el Tratamiento Habitual (TAU, por sus siglas en inglés; Lambert y Shimokawa, 2011). La misma revisión evaluó tres estudios del sistema PCOMS (N=558), informando de que los clientes del grupo de retroalimentación presentaban 3'5 veces más de posibilidades de experimentar un cambio fehaciente y menos de la mitad de oportunidades de deterioro. Esta revisión supone un argumento sólido para el uso de una retroalimentación sistemática.

Existen muchas similitudes entre ambos sistemas, y, de hecho, Lambert fue la inspiración para crear el sistema PCOMS, y el OQ constituyó la base de la medida de resultados del sistema PCOMS. Destaca el hecho de que ambos evalúan la respuesta del cliente al servicio, y permite el retorno de información al terapeuta (o a ambos, clínico y cliente) para incrementar la posibilidad de éxito, mediante la identificación de clientes en riesgo de obtener resultados negativos. Ambas, como ya se ha mencionado, son prácticas basadas en la evidencia; además, son a-teóricas, y no se basan en el diagnóstico; ambos sistemas han demostrado mejoras significativas en los resultados, al margen del modelo del terapeuta o del diagnóstico del cliente. Ambos sistemas han desarrollado algoritmos para la respuesta esperada al tratamiento (ETR, por sus siglas en inglés), basados en amplias bases de datos, y disponen de sistemas electrónicos para la recolección de datos, el análisis, y la retroalimentación en tiempo real. Ambos siguen presentes en las investigaciones actuales, y se han implementado de modo generalizado.

Sin embargo, existen también importantes diferencias: al contrario que el OQ y que la mayoría de instrumentos que miden resultados, la Escala de Puntuación de Resultados (OSR) no se trata de un listado de síntomas o problemas que el cliente informa mediante una escala de Likert. Se trata, más bien, de un instrumento que se individualiza con cada cliente, para representar su experiencia idiosincrática y sus razones para acudir al servicio. Los clientes informan o reportan acerca de su malestar en tres dominios o aspectos (personal, familiar, social), y la conversación clínica pasa de un marco general a una representación específica acerca de la razón o razones por las que se da el servicio. Más allá de las diferencias en la medida de resultados, por su diseño, el sistema PCOMS es transparente en todos los aspectos, y trata de promover la colaboración con los clientes en todas las decisiones que afectan a su cuidado. El sistema PCOMS se integra en un proceso psicoterapéutico, creando espacio para la discusión o debate, no solo del progreso, sino también de la alianza (Duncan y Sparks, 2012).

Los orígenes de ambos sistemas presentan también algunas diferencias. Mientras que el OQ emerge de una rigurosa investigación y con el deseo de prevenir tratamientos fallidos, el sistema PCOMS nace a partir de la práctica clínica diaria, y con el deseo de privilegiar al cliente en el proceso psicoterapéutico. Cuando se introduce por primera vez la retroalimentación y el OQ, el primer autor lo adopta como un desarrollo radical, una metodología que, de modo rutinario o habitual, coloca en el centro la construcción que realiza el cliente sobre el éxito. Provee un modo de operacionalizar lo que Duncan y Moynihan (1994) denominan, en un artículo en esta misma revista titulado *Applying Outcome Research: Intentional Utilization of the Client's Frame of Reference* (Aplicando resultados de investigación: el uso intencional del marco de referencia del cliente), servicios clínicos "dirigidos o conducidos por el cliente". Realizando una aplicación del amplio soporte empírico disponible sobre los factores comunes,

y especialmente la relación/alianza, el artículo propuso un uso más intencional de las “teorías” del cliente, para maximizar los efectos de los factores comunes, así como la colaboración del cliente, y una mayor devoción acerca de las opiniones del cliente acerca de cómo puede la terapia abordar las razones de que acuda al servicio, así como acerca de lo que el cliente considera que constituye el éxito de la intervención.

La retroalimentación sistemática no solo parece ser una extensión natural de este argumento, sino que -y lo que es más importante-, ofrece un modo de que suceda, esto es, un proceso estructurado para honrar el marco de referencia del cliente, a la vez que se alienta a los profesionales o clínicos a discutir, de modo rutinario y transparente, acerca de los resultados y de la alianza. En esencia, el sistema PCOMS nace de un deseo de manifestar explícitamente lo que más importa en los resultados psicoterapéuticos, y un conjunto de valores acerca del privilegio del cliente y de servicios igualitarios. Este fue el impulso a partir del cual se co-desarrollaron la Escala de Puntuación de Resultados y la Escala de Puntuación de la Sesión [ORS y SRS] (Miller y Duncan, 2000; Miller, Duncan y Johnson, 2002); el proceso clínico del sistema PCOMS surge de la práctica y supervisión de estudiantes de grado del primer autor (Duncan y Sparks, 2002).

El sistema PCOMS evolucionó desde un enfoque inicial clínico, relacional y centrado en valores, a una metodología empíricamente validada para mejorar resultados, así como una estrategia viable de mejora de la calidad. Este artículo presenta el estado actual del sistema PCOMS. En primer lugar, se discuten las psicometrías de las medidas del sistema PCOMS, se revisan los soportes empíricos, y se articulan sus aplicaciones tanto a nivel clínico como de capacitación. Se detallan, asimismo, direcciones futuras e implicaciones del sistema PCOMS en cuanto a investigación, capacitación y práctica. Finalmente, proponemos que la retroalimentación sistemática ofrece un modo de re-priorizar aquello que importa en cuanto a resultados de la psicoterapia, reclamando nuestros valores centrales e identidad, validados empíricamente, cambiando la conversación desde un discurso dominado por el modelo médico a una perspectiva más científica y relacional.

Psicometrías e investigación del sistema PCOMS

Psicometrías de la Escala de Puntuación de Resultados (ORS) y de la Escala de Puntuación de la Sesión (SRS)

Una preocupación común es si estas medidas breves pueden producir puntajes válidos y confiables (Halstead, Youn y Armijo, 2013). Existen pocas dudas de que se pierde información al basarse solo en cuatro ítems, pero ambas medidas soportan bien el escrutinio psicométrico.

Múltiples estudios de validación de la Escala de Puntuación de Resultados [ORS] (Bringhurst, Watson, Miller y Duncan, 2006; Campbell y Hemsley, 2009; Reese, Toland y Kodet, 2012; Miller et al., 2013), así como estudios de eficacia (ver más abajo), sostienen que la Escala de Puntuación de Resultados [ORS] genera puntuaciones confiables. Los coeficientes de alfa se sitúan en un rango de entre .87 y .91 en estudios de validación, y de entre .82 (Reese, Norsworthy y Rowlands, 2009; terapia individual) y .92 (Slone, Reese, Mathews-Duvall y Kodet, 2015; terapia grupal) en estudios clínicos.

La investigación también sugiere que la Escala de Puntuación de Resultados [ORS] genera puntajes válidos como medida de malestar general. Tres estudios han encontrado evidencias de validez concurrente para la ORS, comparando puntuaciones de la Escala de Puntuación de Resultados [ORS] con puntuaciones de OQ (Bringhurst et al., 2006; Campbell y Hemsley, 2009; Miller et al., 2003). El promedio de correlaciones bivariadas fue de .62 (rango entre .53 y .74; Gillaspay y Murphy, 2011). Un estudio que utilizó un enfoque teórico de respuesta al ítem (Reese et al., 2012) encontró evidencia de unidimensionalidad (por ej., validez de constructo) para la ORS. Dos estudios demostraron también que las puntuaciones reflejan los resultados de tratamiento del “mundo real”. Anker, Duncan y Sparks (2009) encontraron que las parejas que tenían puntuaciones de ORS más altas tras el tratamiento, tenían más posibilidades de continuar juntas en el seguimiento a 6 meses. Schuman, Slone, Reese y Duncan (2015) concluyeron que los soldados en activo que tenían mayores puntuaciones en ORS tras el tratamiento, recibieron puntuaciones más altas en comportamiento por parte de sus comandantes. Finalmente, un análisis de unas 400.000 administraciones de ORS encontraron que el índice de cambio confiable era de 6 puntos (Duncan, 2014), y confirmaron un estudio previo (Miller y Duncan, 2004) que concluye un corte clínico (Jacobson y Truax, 1991) de 25 puntos. Este índice de cambio confiable ha sido recientemente corroborado por los datos aportados por la investigación de Slone et al. (2015).

La Escala de Puntuación de la Sesión [SRS] también presenta evidencias de generación de puntuaciones válidas y confiables. Gillaspay y Murphy (2011) reportaron un promedio de consistencia interna de puntuaciones de SRS en cinco estudios en .92 (rango de .88 a .96). Las puntuaciones de SRS también exhiben evidencias moderadas de validez concurrente con medidas de alianza más amplias; $r = .48$ con el *Helping Alliance Questionnaire-II* (Duncan et al., 2003), $r = .63$ con el *Working Alliance Inventory* (Campbell y Hemsley, 2009), y $r = .65$ con el *Working Alliance Inventory- Short Revised* (Reese et al., 2013). La validez predictiva de las puntuaciones de SRS se ha evidenciado en dos estudios. Duncan et al. (2003) encontró una correlación de $r = .29$ entre puntuaciones tempranas de SRS y resultados, lo que es consistente con investigaciones previas de alianza-resultados (Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011). Más recientemente, Anker et al. (2010) reportaron que las puntuaciones de SRS en la tercera sesión predijeron resultados más allá del cambio prematuro del síntoma ($d = 0.25$). En relación a la puntuación de corte para la SRS, se obtuvo, a partir del análisis original de Miller y Duncan (2014), actualizado posteriormente por Anker et al. (2010), una estimación conservadora de 36 puntos (puntuación que sobrepasan la mayoría de clientes), derivada de propósitos clínicos a partir de estadísticos descriptivos.

Una segunda cuestión relacionada con la validez de las medidas reside en si los clientes están excesivamente influenciados por el protocolo del sistema PCOMS de discutir las puntuaciones, particularmente en cuanto a la Escala de Puntuación de la sesión (SRS). Reese et al. (2013) se centró en la deseabilidad social y las características de la demanda de completar la SRS en presencia del clínico, y no encontraron diferencias cuando los clientes fueron seleccionados de modo aleatorio para completar la medida frente al terapeuta, en privado, o de forma anónima –los clientes completaron la Escala SRS de modo similar con independencia de estas características–.

Investigación PCOMS

En la actualidad, existen cinco estudios clínicos aleatorizados (RCT, por sus siglas en inglés) que demuestran la eficacia del sistema PCOMS en terapia individual (Reese, Norsworthy et al., 2009), de pareja (Anker et al. 2009; Reese, Toland, Slone y Norsworthy, 2010), y grupal (Schuman et al., 2015; Slone et al.; 2015), con efectos generales medios que se sitúan en un rango de $d = 0.28$ (terapia grupal) a 0.54, terapia individual). Reese, Norsworthy et al. (2009) llevaron a cabo dos estudios en los que los clientes fueron asignados de modo aleatorio al sistema PCOMS o al tratamiento habitual (TAU, por sus siglas en inglés). En ambos estudios, los clientes que fueron asignados a la condición de retroalimentación demostraron una mejora dos veces mayor en la Escala de Puntuación de Resultados (ORS), en comparación con los clientes que recibieron el tratamiento habitual. Se encontraron efectos de tamaño similares en ambos estudios.

Anker et al. (2006) realizaron un ensayo aleatorio con 205 parejas, asignándolas bien al sistema PCOMS, bien al tratamiento habitual. En comparación con las parejas que recibieron el tratamiento habitual, la Escala de Puntuación de Resultados (ORS) demostró una mejora dos veces mayor en los clientes que recibieron retroalimentación (8.27 vs. 3.11 puntos). Estos efectos se mantuvieron en el seguimiento a los seis meses, y aquellos que se encontraban en la situación de retroalimentación eran significativamente más propensos a continuar en pareja que las que recibieron el tratamiento habitual. Reese et al. (2010) replicaron estos hallazgos en un segundo estudio de pareja (N = 92) en términos de aumento en las puntuaciones de la Escala de Puntuación de Resultados [ORS] (8.58 vs. 3.64 puntos), así como de cambio clínicamente significativo. Los clientes del sistema PCOMS también obtuvieron mayores ratios de mejora.

Más recientemente, la investigación en el sistema PCOMS se ha extendido a la psicoterapia grupal con dos estudios clínicos aleatorizados (RCT). Schuman et al., (2015) evaluaron una intervención abreviada del sistema PCOMS con soldados de la Armada en activo que se encontraban en tratamiento por abuso de sustancias. Los terapeutas del formato abreviado del sistema PCOMS tan solo recibieron un gráfico basado en las puntuaciones de la Escala de Puntuación de Resultados (ORS) para cada sesión, indicando si los participantes de su grupo estaban progresando como se esperaba. No se le pidió a los terapeutas que discutieran sobre la Escala de Puntuación de Resultados (ORS), ni los clientes utilizaron la Escala de Puntuación de la Sesión Grupal [SRS] (Duncan y Miller, 2007). Además, solo se evaluaron las cinco primeras sesiones. Incluso con estas limitaciones, los participantes que estaban en la condición del sistema PCOMS tuvieron mayores éxitos de tratamiento (pre-post) y acudieron con mayor frecuencia a las sesiones, en comparación con el grupo que recibió el tratamiento habitual. Los clientes de la condición PCOMS también obtuvieron puntuaciones ciegas mayores de sus comandantes. Un segundo estudio de psicoterapia grupal (Slone et al., 2015), que se llevó a cabo en un centro universitario de asesoramiento (*counseling*), demostró que los clientes del sistema PCOMS tuvieron éxitos significativamente mayores pre-post tratamiento, y mayores tasas de cambio confiable y clínicamente significativo, en comparación con los clientes que recibieron el tratamiento habitual. Los terapeutas tuvieron acceso tanto a las puntuaciones de las Escalas de Puntuación de Resultados (ORS) como a las de las Escalas de Puntuación de la

Sesión Grupal, y se les animó a discutir las mediciones con los clientes durante las sesiones grupales.

Tomando todos estos resultados en conjunto, estos cinco ensayos RCT demuestran la significativa ventaja que supone el uso del sistema PCOMS en comparación con el tratamiento habitual. Los clientes en la condición de retroalimentación alcanzaron más éxitos en tratamiento pre-post, mayores porcentajes de cambio confiable y clínicamente significativo, ratios más rápidas de cambio, y menores probabilidades de abandono del tratamiento. Estos hallazgos sugieren que la retroalimentación sistemática podría ofrecer una práctica alternativa con un mejor balance entre el coste y el beneficio, suponiendo una estrategia de mejora de la calidad, en comparación con el trasvase de tratamientos basados en la evidencia (Laska, Gurman y Wampold, 2014).

Para evaluar el sistema PCOMS como una estrategia de mejora de la calidad, Reese et al. (2014) realizaron una evaluación comparativa (Minami et al., 2008) para investigar los resultados post-tratamiento de 5.168 adultos de diversa raza, en situación de pobreza (por debajo de los niveles estatales de pobreza), que recibieron terapia en un contexto de servicio público de salud comportamental. La media general del tamaño del efecto del tratamiento ($d = 1.34$) para aquellos con desorden depresivo ($N = 1589$) fue comparable a los marcadores de eficacia de tratamiento obtenidos en estudios clínicos de depresión severa ($d = 0.89$). El tamaño medio de los efectos en la muestra completa ($d = 0.71$) también fueron comparables a los marcadores obtenidos en nueve estudios RCT sobre retroalimentación de los clientes ($d = 0.56$) que usaron el OQ y el sistema PCOMS (Lambert y Shimokawa, 2011).

Tabla 1
Ensayos clínicos aleatorizados para el Sistema PCOMS

Referencia	N	Formato	Contexto	Pre-ORS <i>M</i> (<i>SD</i>)	Post-ORS <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>d</i>
Reese et al. (2009). Estudio 1	74	Individual	Centro Universitario de asesoramiento	18.59 (7.60)	31.28 (6.63)	.54
Reese et al. (2009). Estudio 2	74	Individual	Capacitación Clínica Universitaria	18.68 (10.39)	29.51 (9.58)	.49
Anker et al. (2009)	410	Pareja	Salud Mental Comunitaria	18.08 (7.85)	26.35 (10.02)	.50
Reese et al. (2010)	92	Pareja	Capacitación Clínica Universitaria	23.34 (9.15)	31.92 (7.15)	.54
Schuman et al. (2015)	2	Grupal	Tratamiento clínico militar	22.42 (10.01)	28.28 (9.46)	.28
Slone et al. (2015)	84	Grupal	Centro Universitario de asesoramiento	23.47 (7.86)	30.87 (6.49)	.41

Nota. PCOMS: Sistema de Socios para la Gestión del Cambio; ORS: Escala de Resultados de Sesión; d = tamaño de efectos entre grupos. Pre y post ORS son las puntuaciones para la condición de retroalimentación con el sistema PCOMS.

PCOMS en la Práctica y Formación / Entrenamiento Clínico

Práctica Clínica

El sistema PCOMS proporciona una metodología para colaborar con los clientes, identificando a aquellos que no están respondiendo, y aborda la falta de progreso de una manera proactiva que mantiene a los clientes involucrados mientras se buscan conjuntamente nuevas

direcciones. El sistema PCOMS es un proceso de verificación suave, y su administración, puntuación/valoración e integración en la psicoterapia suele llevar unos 5 minutos. Además de la brevedad de sus mediciones y, por consiguiente, su viabilidad para el uso diario en los exigentes horarios de los clínicos, el sistema PCOMS se distingue por involucrar de manera rutinaria a los clientes; las valoraciones de los clientes sobre el progreso y los instrumentos de alianza se comparten abiertamente y se debaten en cada administración. La visión que los clientes tienen del progreso sirve como base para empezar conversaciones, y sus evaluaciones de la alianza marcan el momento final de las sesiones. Con esta transparencia, las mediciones proporcionan un punto de referencia comprendido por ambas partes de las razones por las que se busca el servicio, así como explicaciones acerca de su progreso e implicación. Se usa PCOMS en entornos de salud mental y abuso de sustancias en los Estados Unidos, Canadá, y otros 20 países, con más de 1,5 millones de administraciones en su base de datos.

El Proceso del sistema PCOMS¹

La sesión y el sistema PCOMS empiezan con la Escala de Puntuación de Resultados [ORS] (Miller et al., 2003). La escala ORS es una escala analógica visual que consta de cuatro líneas de 10 centímetros cada una, correspondientes a cuatro dominios (individual, interpersonal, social, y general). Los clientes sitúan una marca (o un clic de ratón o toque) sobre cada línea para representar su percepción acerca de su propio funcionamiento en cada dominio. Los terapeutas usan una regla de 10 centímetros (o un software disponible) para sumar la puntuación total del cliente, con un máximo de 40 puntos. Cuanto menor sea la puntuación, más angustia reflejará.

La presentación de la Escala de Puntuación de Resultados (ORS) incluye dos puntos: (a) la ORS es una manera de asegurar que la voz del cliente sigue siendo central, y (b) la ORS se usará para el seguimiento de resultados en cada sesión.

Me gusta empezar con este breve documento llamado Escala de Puntuación de Resultados (ORS), que proporciona un panorama de cómo estás ahora mismo. Sirve como un punto de anclaje para que podamos hacer un seguimiento de tu progreso y asegurarnos de que consigues aquello que querías al venir aquí, y si no es el caso, podemos cambiar nuestra planificación e intentar otra cosa. También es una manera de asegurar la centralidad de tu perspectiva acerca de cómo te va. ¿Te importaría hacerlo por mí? ¿Te parece bien?

La tarea tras la suma de la puntuación consiste en tratar de darle sentido junto con la autoridad final —el cliente. El “punto de corte clínico” facilita un entendimiento compartido de la Escala de Puntuación de Resultados (ORS), y a menudo es un paso para la conexión de las puntuaciones del cliente en la ORS con la razón de la intervención desde el servicio.

Terapeuta: Lo que hago es medir esto, son cuatro líneas de 10 centímetro y da una puntuación de 0 a 40, yo tan solo saco esta regla y sumo las puntuaciones,

¹ El grupo de instrumentos del sistema PCOMS son gratuitos para uso individual en la web pcoms.com, y en la página heartandsoulofchange.com están disponibles recursos gratuitos relacionados con el sistema PCOMS.

entonces te contaré sobre lo que ello significa, y tú me puedes decir si es correcto o no... Vale, has sacado 19'8. Esta Escala ORS tiene lo que se llama un umbral de 25, y la gente que puntúa por debajo de 25 tienden a ser esos que terminan hablando con gente como yo, los que buscan algo diferente en sus vidas. Tú has sacado aproximadamente la puntuación media de las personas que entran en terapia, así que estás en lugar correcto. Y no es difícil darse cuenta de que con lo que más estás teniendo dificultades ahora mismo es con tu familia o con relaciones muy cercanas. ¿Tiene sentido esto, para ti?

Cliente: Sí, por supuesto.

Terapeuta: Entonces, ¿cuál crees tú que sería la cosa más útil de la que podemos hablar?

Cliente: Bueno, estoy pasando por un divorcio y me estoy esforzando en resolver esto...

A menudo, los clientes puntúan más baja aquella escala sobre la que sienten que necesitan hablar, y para lo que han acudido al servicio. La escala ORS brinda un entendimiento de la experiencia del cliente, ya en los minutos iniciales de la sesión.

La Escala de Puntuación de Resultados (ORS), debido a su diseño, se adapta a medida, se individualiza, requiriendo que el profesional se asegure de que la ORS representa tanto la experiencia del cliente como las razones para prestar el servicio. En el momento en que los clientes conectan las notas obtenidas en la ORS con las situaciones que les impulsan a su búsqueda de ayuda, la ORS se convierte en una medida significativa de progreso, así como una potencial herramienta clínica –que lleva a la siguiente pregunta con ese mismo cliente: “¿Qué crees que te costará mover tu marca un solo centímetro a la derecha? ¿Qué necesitas que pase, tanto allí fuera como aquí dentro?”-

Terapeuta: Si lo estoy entendiendo bien, has dicho que estás sufriendo con el divorcio, especialmente con el motivo por el que ha ocurrido y tu papel en esto, así que estás explorando esto para poder conocer tu posible implicación. Marcaste la Escala Interpersonal en el nivel más bajo [el terapeuta coge el ORS]. ¿Esta marca representa tu sufrimiento y tu deseo de algo de claridad en este asunto?

Cliente: Sí.

Terapeuta: Entonces, si somos capaces de explorar esta situación y llegar a algunas ideas que resuenen en ti, ¿crees que se movería la marca hacia la derecha?

Cliente: Sí, eso es lo que espero y lo que creo que me ayudará. Sé que no fui perfecta en la relación y quiero comprender mi papel. ¡Yo ya sé su parte (de él)!

La ORS sitúa el escenario, esto es, prepara el terreno y orienta el trabajo a realizar.

La Escala de Puntuación de la Sesión (SRS, por sus siglas en inglés) (Duncan et al., 2003), también es una escala analógica visual de cuatro ítems, cubre los elementos clásicos de la alianza (Bordin, 1979), y se proporciona hacia el final de la sesión. Al igual que con la ORS, cada

línea en la SRS es de 10 cm y se puede puntuar manual o electrónicamente. El uso de la SRS fomenta la retroalimentación de los clientes, positivo y negativo, creando un espacio seguro para que los clientes puedan expresar sus opiniones sinceras sobre su conexión con el terapeuta y con la psicoterapia. La presentación de la Escala de Puntuación de Sesión (SRS) funciona mejor si se realiza como una extensión natural del estilo del terapeuta:

Tomémonos un minuto, y rellena este otro formulario sobre nuestro trabajo conjunto, la Escala de Puntuación de la Sesión o SRS. Sería algo así como “tomar la temperatura” de nuestra sesión de hoy. ¿Ha sido demasiado caliente, tal vez demasiado fría? ¿Necesito ajustar el termostato para hacerte sentir más cómodo/a? El propósito de esto es hacer todo el esfuerzo posible para que nuestro trabajo juntos te resulte beneficioso. Si algo no encaja, me harías un gran favor al decírmelo, ya que así podría hacer algo sobre ello. ¿Te parece bien hacer esto?

Para aquellos clientes cuya puntuación se sitúe por encima de la nota de corte de 36 puntos, el terapeuta necesita solo dar las gracias al cliente, preguntar sobre lo que el cliente ha encontrado especialmente útil, e invitar al cliente a informarle si puede mejorar algo con respecto a la terapia. Para aquellos clientes cuya puntuación se sitúe por debajo de 36 puntos, la conversación será similar, pero también tratará de explorar qué puede hacerse para mejorar la terapia:

Terapeuta: Gracias por hacerlo. Parece que podría haber ido mejor para ti hoy. Esto es exactamente para lo que sirve esto. ¿Qué podría haber hecho yo de modo diferente?

Cliente: Bueno, no ha sido realmente malo ni nada. Tal vez es solo cuestión de tiempo.

Terapeuta: De acuerdo. ¿Hay algo más que debería haberte preguntado?

Cliente: No, es solo que creo que me llevará algún tiempo confiar en que esto va a traer algo bueno. No sé mucho sobre asuntos de terapia. Solo he estado viendo al psiquiatra y tomando la medicación.

Terapeuta: De acuerdo, eso tiene sentido. Tus marcas acerca del “enfoque” y sobre si “algo se ha quedado en el tintero” fueron un poco más bajas que las demás. Así que, parte de esto es cuestión de tiempo, por lo que, si hacemos un seguimiento adecuado, ¿es probable que vayan aumentando tus puntuaciones?

Cliente: Sí. Tras haber hablado un poco más sobre lo que puedo hacer con mis malditos pensamientos.

Terapeuta: Eso tiene todo el sentido. Cuando nos centremos más, la próxima vez, en aspectos más específicos, como las estrategias cognitivas que hemos discutido brevemente, ¿es posible que eso ayude?

Cliente: Sí, eso creo.

La Escala de Puntuación de la Sesión (SRS) provee una estructura para centrarse en la alianza, permite una oportunidad para resolver los problemas que pueda haber, y demuestra que el terapeuta hace algo más que dar soltar pura palabrería para crear buenas relaciones.

Tras la primera sesión, el sistema PCOMS simplemente pregunta, “¿están las cosas mejor o no?”; así, las puntuaciones de la Escala de Puntuación de Resultados (ORS) se usan para involucrar al cliente en una discusión acerca de su progreso y, lo que es más importante, qué debería hacerse de modo diferente –si es que hubiese algo-. Cuando la puntuación de la ORS aumenta, un paso crucial para empoderar el cambio es ayudar a los clientes a ver cualquier ganancia como consecuencia de su propio esfuerzo. El cambio confiable y clínicamente significativo (RCSC, por sus siglas en inglés), provee métricas útiles para impulsar los cambios positivos percibidos.

Cuando los clientes alcanzan una meseta o lo que sería el máximo beneficio posible que puede derivarse del servicio, comienza la planificación para continuar la recuperación fuera del ámbito de la terapia.

Se produce un debate más importante cuando las puntuaciones de la Escala de Puntuación de Resultados (ORS) no se van incrementando. Cuanto más continúe la psicoterapia sin cambios medibles, mayores serán las posibilidades de abandono y/o de pobres resultados. El sistema PCOMS pretende estimular a las partes interesadas, para reflejar las implicaciones de continuar un proceso que produce beneficios escasos o nulos. Aunque este debate se aborda en cada sesión en la que aparentemente no se están dando cambios, las sesiones posteriores adquieren más importancia, requiriendo acciones adicionales –lo que hemos denominado “conversaciones de puntos de verificación” y “discusiones de última oportunidad” (Duncan y Sparks, 2002)-.

Las discusiones de puntos de verificación tienen lugar entre la tercera y la sexta sesión, y las sesiones de última oportunidad se inician entre la sexta y la novena sesión. Las trayectorias observadas en pacientes ambulatorios sugieren que la mayoría de clientes que obtienen beneficios, a menudo los muestran entre la tercera y la sexta sesión (Duncan, 2014), y si el cambio no se nota para entonces, el cliente se encuentra en riesgo de obtener resultados negativos. Lo mismo ocurre entre las sesiones 6 y 9, exceptuando el hecho de que, en estos casos, la urgencia se incrementa, y de ahí el término de “última oportunidad”. Un sistema disponible vía web permite una identificación más matizada de los clientes que se encuentran en situación de riesgo, comparando el progreso de los clientes en relación a la respuesta esperada al tratamiento (ETR, por sus siglas en inglés), con aquellos clientes que tienen la misma puntuación inicial. El progreso de la conversación con clientes que no están obteniendo beneficios va desde hablar acerca de si se debería haber hecho algo diferente, hasta la identificación de qué puede hacerse de modo diferente, considerando otras opciones de tratamiento, incluyendo la derivación del cliente a otro proveedor de servicios. La conversación comienza como se muestra a continuación:

De acuerdo, las cosas no han cambiado desde la última vez que hablamos. ¿Qué piensas en relación a esto? ¿Deberíamos hacer algo diferente, o deberíamos continuar tal como lo estamos haciendo? Si vamos a continuar, ¿cuánto tiempo debemos hacerlo antes de preocuparnos? ¿Cuándo sabremos cuándo decir “cuándo”?

El sistema PCOMS se centra en la falta de cambio, siendo por ello imposible ignorar este hecho, y a menudo incita tanto al cliente como al terapeuta a la acción –esto es, considerar

otras opciones de tratamiento y evaluar si otro proveedor de servicios puede ofrecer un conjunto diferente de opciones, que quizás encaje mejor con las preferencias, la cultura, y el marco de referencia del cliente.

Implementación del sistema PCOMS

El sistema PCOMS aumenta exponencialmente su valía cuando se extiende más allá de la diada cliente-terapeuta, para trabajar de modo proactivo con aquellos que no están respondiendo a nivel organizacional. La implementación exitosa del sistema PCOMS requiere recolectar datos, integrarlos, así como la oportuna diseminación de los datos para el proceso de supervisión. El método de recolectar los datos del sistema PCOMS puede variar, desde un Excell, en el que se realice una recolección, graficación y análisis de datos de los registros electrónicos de salud disponibles, hasta un servicio comercial basado en la web (BetterOutcomesNow.com). Cualquiera de ellos permite que los terapeutas y supervisores revisen las puntuaciones de la Escala ORS, tanto la primera como la más reciente, así como el número de sesiones realizadas, para poder identificar a aquellos clientes que no están obteniendo beneficios. El porcentaje de clientes que alcanzan un cambio confiable y clínicamente significativo (RCSC, por sus siglas en inglés) o que alcanzan la respuesta esperada al tratamiento (ETR, por sus siglas en inglés) permite una comprensión sencilla de las métricas sobre su efectividad, y son un modo de seguir, a través del tiempo, tanto el desarrollo del terapeuta como la mejora de la institución o servicio en el que se encuentra.

Un cuarto paso en el proceso de supervisión (Duncan y Reese, in press) se centra, en primer lugar, en los clientes identificados, a partir de la escala ORS, en situación de riesgo, y a continuación en el desarrollo del terapeuta. Esta supervisión se sitúa fuera de lo convencional, ya que en lugar de que el supervisado escoja sobre quién discutir, los clientes se escogen a ellos mismos, en virtud de sus puntuaciones en la ORS y en su falta de cambio. Se discute sobre cada cliente que se encuentra en situación de riesgo, y se desarrollan opciones para presentar a los clientes, incluyendo la posibilidad de realizar una consulta o una derivación a otro terapeuta u otro servicio. Este es quizás el papel más tradicional de la supervisión, pero en esta ocasión hay unos criterios objetivos para identificar a aquellos clientes en situación de riesgo, así como sus puntuaciones en la escala ORS, para ver si los cambios recomendados en el proceso de supervisión han resultado de utilidad para el cliente.

Este proceso trata de ser un antídoto para evitar culpar a clientes y terapeutas. No todos los clientes se benefician de los servicios. Un terapeuta no sirve para todos los clientes. Si aceptamos esto, podemos avanzar hacia una conversación más productiva sobre lo que es necesario que suceda para permitir el beneficio del cliente.

Supervisor: Parece que aún estamos luchando con este cliente... Ha realizado terapia durante nueve sesiones y aún no se nota ningún beneficio. ¿Qué dice el cliente sobre esto?

Supervisado: Está más que perdido, y no tiene más ideas. Vino tras probar con antidepresivos, y no le gustaba cómo se sentía cuando los tomaba. Ahora se siente menos esperanzado tras lo que hemos hecho, lo que concuerda con los sentimientos de profunda depresión que presenta.

Supervisor: ¿Qué piensas sobre la alianza? ¿Está el cliente comprometido, trabajando?

Supervisado: Sí, definitivamente sí. Las puntuaciones en la Escala SRS son buenas, y sé que confía en mí.

Supervisor: Fantástico. Por favor, resúmeme lo que habéis hecho hasta ahora para tratar de cambiar las cosas. Hemos discutido sobre este cliente anteriormente, y hemos intentado un par de planes diferentes.

Supervisado: Bien, empecé trabajando con él desde una perspectiva más cognitiva, pero tras la discusión con el cliente, parecía que eso no encajaba demasiado. En una reunión de supervisión anterior, desarrollamos un plan para identificar más específicamente qué factores consideraba él que estaban contribuyendo a su depresión, basándonos en su baja puntuación en el área interpersonal de la Escala ORS. Eso hicimos, y pensé que estábamos en el camino correcto, pero el cliente no quiso traer a su pareja. Y nuestras conversaciones sobre el malestar en su relación no han producido ningún cambio.

Supervisor: ¿Consideras que has ido todo lo lejos que podías con este cliente?

Supervisado: No, creo que aún puedo probar más cosas.

Supervisor: Todos tenemos límites, y tenemos un número finito de cosas que podemos hacer y modos en los que podemos estar con los clientes con los que trabajamos.

Supervisado: Sí, creo que estoy perdido.

Supervisor: De acuerdo, veamos qué podemos hacer por nuestra parte. Un colega podría sentarse contigo para entrevistar a tu cliente, o quizás un equipo, o tal vez yo podría sentarme contigo y ver si la “sangre nueva” puede generar nuevos modos de acción. Y también sé que has discutido con el cliente acerca de la posibilidad de que otro terapeuta pueda encajar mejor, así que también es el momento de reconsiderar esta discusión como una posibilidad real.

La supervisión en el sistema PCOMS también fomenta la reflexión del terapeuta acerca de su desarrollo, y un plan de mejora mediante una discusión abierta sobre la efectividad (porcentaje alcanzado de ETR o de RSCS):

Supervisor: Así pues, basándonos en tus últimos 30 casos cerrados, según tu archivo de Excell, tu media de cambio es 4.5 y tu ratio de RCSC es de 37.6%.

Supervisado: No parece demasiado bueno.

Supervisor: Recuerda los estudios sobre la efectividad del terapeuta sobre los que hemos hablado, así que no estás tan alejado del camino. Además, también debes tener en mente que es probable que veas un bache en la efectividad precisamente porque ahora estás identificando a los clientes que no están obteniendo beneficios.

Supervisado: Eso es cierto. Entonces, ¿crees que los siguientes 30 serán mejores?.

Supervisor: En efecto. ¿Qué más crees que puede mejorar tus resultados?

Supervisado: Bueno, no creo que sea formidable formando alianzas con clientes que presentan mayor afectividad. Se me dan mejor los aspectos cognitivos.

Supervisor: De acuerdo, veamos entonces de qué modo tal vez podrías mejorar en eso.

Partiendo de una discusión franca sobre la efectividad y las ideas del supervisado sobre el progreso, se conforma un plan. Entonces se implementa el plan, y se modifica si los resultados no progresan.

PCOMS en capacitación clínica

Tal como se ha sugerido en este ejemplo, los beneficios de la retroalimentación del cliente pueden extenderse al desarrollo y capacitación del clínico (Sparks, Kisler, Adams y Blumne, 2011; Worthen y Lambert, 2007). Recibir, como norma, retroalimentación en relación a la efectividad no solo permite realizar ajustes sesión a sesión, sino que también refleja las fortalezas y debilidades del terapeuta. Dos estudios (Grossl, Reese, Norsworthy y Hopkins, 2014; Reese, Usher et al., 2009) han demostrado que, por lo menos, el proceso de supervisión no se ve afectado de modo negativo por el uso del sistema PCOMS en supervisión, indicando el estudio de Gross et al. (2014) que los practicantes que discutieron sus datos sobre PCOMS en supervisión estaban más satisfechos que los que recibieron la supervisión habitual. Además, Reese, Usher, et al. (2009) determinaron que los practicantes que usaron el sistema PCOMS mejoraron en mayor medida durante el semestre académico que aquellos que no utilizaron el sistema de retroalimentación.

Utilizar los datos de la retroalimentación de los clientes en la capacitación clínica permite un equilibrio entre las necesidades de desarrollo del aprendiz y el bienestar del cliente, facilita el modo en que la retroalimentación en la supervisión se da y recibe (Worthen y Lambert, 2007), y provee tanto medios formativos como sumativos para evaluar el trasvase de las habilidades clínicas del aula a la sala de terapia (Sparks et al., 2011). Llevar la “voz” del cliente a la supervisión ayuda a asegurar el progreso del cliente, o, si no lo hay, permite no pasarlo por alto. Aunque el propósito de la supervisión es promover el desarrollo profesional del clínico y el bienestar del cliente, la supervisión normalmente se inclina hacia las necesidades del supervisado (Worthen y Labert, 2007). Esto sucede, en parte, porque el supervisado está presente y ayuda a dar forma a cómo percibe su carga de trabajo. Esto es problemático, ya que los terapeutas generalmente sobre-estiman sus habilidades (Walfish et al., 2012), así como el progreso de sus clientes (Chapman et al., 2012).

La inclusión de los datos del sistema PCOMS en la capacitación puede permitir a los supervisores dar una mejor retroalimentación, incluyendo retroalimentaciones desafiantes, tal como se ha ilustrado en el anterior ejemplo de supervisión. Los supervisores a menudo no ofrecen retroalimentaciones críticas a sus supervisados, y cuando se da esta retroalimentación, a menudo no es específica (Hoffman Hill, Holmes y Feitas, 2005). Reese, Usher et al. (2009) encontraron, de manera anecdótica, que los supervisores mostraron más confort al proporcionar retroalimentación crítica cuando se incluían datos del sistema PCOMS, ya que parecía una retroalimentación más objetiva.

Finalmente, los datos del sistema PCOMS evalúan si la capacitación en el aula o en cualquier otro lugar se traslada a la práctica real (Sparks et al., 2011). El grupo de trabajo en Evaluación sobre Competencia de la Asociación Psicológica Americana [APA] (APA, 2006) recomendó que

los clínicos midieran de modo continuo los resultados educativos y profesionales en sus carreras, para evaluar sus competencias. Aunque se debe tener cuidado para no convertir los datos sobre resultados/alianza en un asunto evaluativo (por ej., calificaciones académicas, aumento de méritos, o continuar contratado en función de determinadas puntuaciones), la naturaleza de los datos continuos puede facilitar la evaluación formativa, en lugar de esperar al semestre sumativo o a las evaluaciones anuales. Supervisores y supervisados pueden ser más sensibles a las necesidades del cliente y, a la vez, a las metas profesionales del supervisado.

Implicaciones del sistema PCOMS para el futuro de la capacitación en psicoterapia, investigación y práctica

Razones para el uso del sistema PCOMS

Hay seis razones para usar el sistema PCOMS. En primer lugar, el sistema PCOMS está apoyado por cinco ensayos clínicos aleatorizados (RCT) que demuestran que los resultados de los clientes y la retroalimentación sobre la alianza mejoran significativamente los resultados en terapia individual, de pareja y grupal. En segundo lugar, el sistema PCOMS ha demostrado ser una estrategia de mejora de la calidad en contextos del “mundo real”, y puede ser tener un mejor coste-efecto y ser más factible que llevar a cabo tratamientos basados en la evidencia para desórdenes específicos (Reese et al., 2014). En tercer lugar, el sistema PCOMS reduce los abandonos, cancelaciones, ausencias, y la duración del tratamiento (Bohanske y Franczak, 2010), proporciona información objetiva sobre la efectividad del clínico, y reduce la variabilidad del terapeuta (Anker et al., 2009). En cuarto lugar, el sistema PCOMS incorpora dos predictores conocidos sobre los últimos resultados de tratamiento: el cambio prematuro (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986; Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen y Nielsen, 2009), y la alianza terapéutica (Horvath et al., 2011). Monitorizar el cambio y la alianza proporciona un modo tangible de identificar a aquellos clientes que no están respondiendo, así como los problemas en la relación de ayuda, antes de que los clientes abandonen u obtengan resultados negativos. En quinto lugar, el sistema PCOMS aplica directamente la investigación acerca de lo que realmente importa en el cambio terapéutico, los factores comunes (Duncan, Miller, Wampold y Hubble, 2010). La monitorización colaborativa de los resultados aborda la fuente más potente de cambio, los clientes (Bohart y Tallman, 2010), intensificando de este modo la esperanza en la mejora, y ajusta los servicios a las preferencias del cliente, maximizando así la alianza y la participación (Duncan, 2014). Finalmente, una sexta razón comenzó mucho antes de las psicometrías, los ensayos clínicos aleatorizados (RCT), o los estudios de evaluación comparativa.

Un razonamiento más amplio

A pesar de los esfuerzos bienintencionados, la infraestructura de la psicoterapia (papeleo, procedimientos, lenguaje profesional) puede cosificar descripciones no contextualizadas de los problemas del cliente, y silenciar sus puntos de vista, metas y preferencias. Cuando los servicios se proporcionan sin una íntima conexión con aquellos que los están recibiendo, así como con sus sensibilidades y preferencias, los clientes pueden convertirse en figuras sin

personalidad, el objeto de nuestras deliberaciones profesionales. El sistema PCOMS puede ayudar a superar estos escollos.

Preguntar, documentar y responder a la retroalimentación del cliente de manera rutinaria tiene el potencial de transformar las relaciones de poder, privilegiando las creencias y metas del cliente sobre posibles prácticas sesgadas e insensibles. Valorar a los clientes como fuentes creíbles en relación a sus propias experiencias acerca del progreso y la relación de ayuda permite a los usuarios enseñarnos cómo podemos ser más efectivos con ellos, y revertir la jerarquía de los servicios prestados por expertos. El sistema PCOMS proporciona una estructura confeccionada para la colaboración con los usuarios, y promueve un proceso psicoterapéutico más igualitario. Asegura que la terapia encaja con el futuro preferido por el cliente, a través de la monitorización del progreso en la escala ORS. Y además proporciona un modo de calibrar la terapia en relación a las metas del cliente y su modo preferido de conseguir sus metas, a través de la monitorización de la alianza con la escala SRS. Así, el sistema PCOMS proporciona los valores de justicia social, privilegiando la voz del cliente sobre los manuales y la teoría, haciendo posible una práctica idiosincrática y culturalmente responsable con una clientela diversa.

Más allá de la díada de la terapia, los datos generados por el cliente ayudan a superar la falta de equidad integrada en la prestación cotidiana de servicios, redefiniendo qué voces son las que cuentan. Sin estos datos, la visión de los clientes no tiene la oportunidad de ser parte del registro real -esto es, información vital que guía las decisiones o evalúa los resultados en niveles programáticos más amplios u organizacionales-. Los datos, como representaciones concretas de las perspectivas de los clientes, ofrecen un modo directo de describir los beneficios tanto a nivel clínico como del servicio, y también mantienen en lugar preeminente la voz del cliente acerca de cómo los servicios se fundan y prestan.

El sistema PCOMS sostiene un paradigma de justicia social mediante la concientización y la auto-examinación continua (Goodman et al., 2004). Los ítems del sistema ORS ayudan a contextualizar la presentación del problema del cliente más allá de las categorías diagnósticas, en contra de las prácticas que patologizan a los clientes por su color, así como otros grupos históricamente más marginados (Sue y Sue, 2008). Contextualizar las razones del cliente para el servicio también puede promover la concientización tanto para el cliente como para el terapeuta, y ayuda a identificar maneras de opresión y marginalización que pueden contribuir al malestar. Además, dado que la conciencia sobre uno mismo es crítica para la competencia cultural (Pieterse, Lee, Ritmeester y Collins, 2013), el sistema PCOMS puede facilitar el proceso de auto-examen proporcionando a los terapeutas la información generada con los clientes acerca de su práctica. Los terapeutas pueden entonces usar esta información para considerar su efectividad con diferentes tipos de clientes (o con diferentes poblaciones de clientes, pero me suena raro total).

Futuras investigaciones

La investigación sobre la retroalimentación del cliente es alentadora, pero todavía es una literatura incipiente. El Proyecto Corazón y Alma del Cambio (*Heart and Soul of Change Project*) cuenta con multitud de estudios en proceso, incluyendo la aplicación de la escala ORS

en atención primaria, el sistema PCOMS en servicios integrados, y resultados de referencia en atención hospitalaria aguda, así como con jóvenes en entornos ambulatorios de salud mental conductual. También ofrecemos tres áreas de investigación que consideramos son críticas para una mejor comprensión acerca de cómo, cuándo, dónde y quién se beneficia del sistema PCOMS o, de modo más general, de la retroalimentación del cliente. En primer lugar, los estudios futuros deben evaluar si la retroalimentación del cliente resulta beneficiosa en clientes de color, dado que los actuales estudios clínicos aleatorizados (RCT) han consistido en gran medida en muestras de clientes blancos. El sistema de retroalimentación del cliente se desarrolló inicialmente para reducir el abandono prematuro, y los clientes de color presentan, en general, mayores tasas de abandono prematuro (Kearney, Draper y Barón, 2005). Aunque el estudio de referencia de Reese et al. (2014) no encontró diferencias basadas en la raza o la etnicidad, es necesario llevar a cabo más investigaciones que evalúen el sistema PCOMS con clientes que tradicionalmente han sido privados de sus derechos. Consideramos que el sistema PCOMS ofrece un proceso culturalmente sensible que puede beneficiar a clientes de color, pero se necesitan más investigaciones que evalúen esta aseveración. El proceso de búsqueda activa de las aportaciones de los clientes puede ser de particular importancia en el caso de clientes que pertenecen a grupos marginados e históricamente oprimidos.

También es necesario realizar investigaciones para evaluar el sistema PCOMS con jóvenes, otro grupo potencialmente marginado, dada la diferencia de poder inherente que se da con niños y adolescentes. Solo conocemos un estudio controlado que ha evaluado la retroalimentación con jóvenes (Bickman, Kelley, Breda de Andrade y Riemer, 2011), que encontró resultados limitados, aunque prometedores. El sistema PCOMS tal vez ayude a dar a los jóvenes “voz”, y asegurar que su perspectiva se toma en serio. Se encontraron evidencias preliminares del sistema PCOMS en un estudio de cohorte con menores (edad entre 7 y 11 años; Cooper, Stewart, Sparks y Bunting, 2013).

Dada la proliferación de sistemas de retroalimentación, otra pregunta importante de investigación es si sus diferencias alteran los resultados. Por ejemplo, ¿es importante para los resultados del tratamiento la inclusión de la discusión sobre la medida de alianza en cada sesión? Y si lo es, ¿cuál es la contribución única de este proceso? El sistema PCOMS mide y discute la alianza en cada sesión; sin embargo, el OQ no utiliza la medida de alianza, a menos que no haya progreso. De modo similar, los sistemas de retroalimentación se han categorizado bien como normativos, bien como comunicativos (Halstead et al., 2013). ¿Es uno mejor que otro, en cuanto a resultados? El OQ y el sistema PCOMS son ambos sistemas normativos, que utilizan medidas nomotéticas. Ambos requieren medidas válidas y confiables, y dependen sustancialmente de datos normativos. Por otra parte, los sistemas de retroalimentación comunicativos se desarrollaron originariamente para facilitar conversaciones sobre las preocupaciones de los clientes, y se consideran más como herramientas clínicas. Las propiedades psicométricas se consideran de modo secundario. El sistema PCOMS también es comunicativo. Podríamos argumentar, por tanto, que el abordaje normativo y el abordaje comunicativo pueden considerarse un continuum, más que una cuestión categórica. Una cuestión interesante emerge en relación a dónde se generan mejor los resultados en dicho continuum. Realizar una diferenciación empírica de qué elementos son decisivos en relación a los resultados contribuiría tanto a la comprensión como a la práctica de la retroalimentación.

Yendo más allá

Colocar herramientas de investigación en manos de los clínicos, que trabajan en el día a día, es revolucionario, y quizás podría estimular una reconsideración radical sobre el modelo médico de la psicoterapia como paradigma dominante. Mientras que el modelo médico, simplificado a un diagnóstico más prescriptivo, en el que el tratamiento equivale a una mejora o cura de los síntomas, supone un enfoque válido para problemas físicos, sus asunciones no se sostienen en psicoterapia. Reduce a los clientes a diagnósticos y a los terapeutas a tecnologías de tratamiento, sin reconocer la importancia de la relación o la idiosincrasia de la condición humana (Duncan y Reese, 2012). Este modelo médico de terapia es vacío a nivel empírico, ya que el diagnóstico resulta de poca utilidad, y el modelo/ técnica representa muy poca varianza de resultado, mientras que el cliente y el terapeuta –y su relación– explican mucho más.

El trabajo del ya difunto George Albee (2000) sugirió que la psicología hizo un acuerdo fáustico con el modelo médico en Boulder, Colorado, en la conferencia de 1949, donde la biblia de la formación en psicología se había desarrollado con un efecto fatal, "(...) la aceptación acrítica del modelo médico, la explicación orgánica de los trastornos mentales, con la hegemonía psiquiátrica, conceptos médicos, y lenguaje" (p. 247). Desde entonces, a pesar del desenmascaramiento empírico sustancial de sus supuestos (por ej., Elkins, in press), el modelo médico y su principal peón, el diagnóstico, ha seguido siendo una parte fija de la formación de posgrado, una característica destacada de los tratamientos basados en la evidencia y un requisito previo para la financiación de la investigación y su reinversión en el servicio, todo lo cual engendra una ilusión de aura científica y utilidad clínica que sobrepasa su base empírica. La psicoterapia, de hecho, es un esfuerzo relacional, no médico (Duncan, 2014), un esfuerzo que depende por completo de los participantes y de la calidad de su conexión interpersonal.

La recolección de datos sobre resultados a gran escala podría contribuir a re-evaluar los parámetros de financiación y los supuestos del modelo médico que se apoyan en ellos. A medida que haya más evidencias que muestren la falta de relación entre diagnósticos, tratamientos basados en la evidencia, duración de la intervención, así como la mejoría, los predictores reales del progreso pueden (de nuevo) salir a la luz, y un conjunto diferente de asunciones podrían implementarse, tales como la asociación, la recuperación, y el tratamiento individualmente adaptado. Esto nos permitiría escapar de la medicalización de nuestra identidad, y ofrecer un legado diferente a nuestros estudiantes. La historia de los clientes como pacientes pasivos con enfermedades que requieren tratamiento de expertos técnicos que administran intervenciones poderosas, con suerte, pronto se agotará. En su lugar, pronto surgirá una base más empírica de la psicoterapia, en relación a la cantidad de varianza explicada atribuida a diferentes factores comunes (incluyendo nuestros amplios recursos de modelos y técnicas), así como un modo de describir a los consumidores de nuestros servicios más allá de sus enfermedades, desórdenes, déficits, discapacidades o disfunciones. Nuestra identidad como psicólogos y psicoterapeutas podría reflejar la naturaleza interpersonal y relacional de nuestro trabajo, así como la perspectiva de los usuarios acerca del beneficio y la adaptación de los servicios.

Estos son temas espinosos, y con el movimiento que se está produciendo hacia la integración de los cuidados, es probable que estos temas se tornen cada vez más vitales. Nuestra

colaboración y respeto hacia los profesionales médicos es esencial, tal como lo es la salvaguarda de nuestra propia identidad. Nuestra tarea es ser un miembro valioso de un equipo colaborativo, respetando el modelo médico, a la vez que mantenemos nuestro modelo relacional y los factores que dan cuenta del cambio comportamental, aspecto central para nuestro trabajo. Disponemos de sólidos argumentos empíricos para ayudar a los profesionales médicos a aprender acerca del poder de las relaciones, así como acerca de la importancia de que los pacientes se involucren en los tratamientos administrados. La investigación muestra, de modo cada vez más creciente, que la alianza entre el facultativo y el paciente es un predictor de resultados médicos (Kelley, Kraft-Todd, Schapira, Kossowky y Riess, 2014). Combinado con la abrumadora cantidad de datos que respaldan lo mismo en psicoterapia, tal vez es el momento de que el modelo médico se inscriba en nuestro modelo relacional, y no al revés.

La próxima generación de psicólogos podrá sentirse orgullosa de lo que la psicoterapia tiene para ofrecer, y no aceptar un estatus de segunda clase. Desafortunadamente, el uso de la psicoterapia, tanto por sí sola como en combinación con medicación ha decrecido al mismo tiempo que el uso exclusivo de medicación ha aumentado (Olfson & Marcus, 2010). La psicoterapia, a pesar de la evidencia sólida de efectividad y el perfil desfavorable de riesgo-beneficio de los psicotrópicos (Sparks, Duncan, Cohen, & Antonuccio, 2010) parece haber sido relegado a una categoría inferior de ayuda a clientes. El buen marketing siempre triunfa por encima de malos datos –pero no es necesario que sea el caso si decidimos actuar sobre ciencia que apoya una perspectiva relacional y reclamamos nuestra identidad. Nuestra identidad está integrada en el hecho de que la psicoterapia es un tratamiento efectivo, basado en pruebas, y autónomo, para la amplia variedad de inquietudes, problemas, y cuestiones –catastróficas y cotidianas– que los seres humanos se encuentran en la vida.

Conclusiones

Si un hombre [sic] patea un hecho por la ventana, cuando regresa lo encuentra nuevamente en la esquina de la chimenea.

Ralph Waldo Emerson

PCOMS ofrece una manera de poner en práctica lo que Duncan y Moynihan (1994) llaman en psicoterapia un proceso “dirigido por el cliente”. En la revisión de ese artículo de hace casi 22 años, resulta evidente que cuanto más cambian las cosas, más se quedan iguales. Ese artículo usaba la incluso entonces abundante literatura en relación a que todas las formas de psicoterapia van bien (*dodo verdict*)², los factores comunes, y especialmente la relación, para proponer un foco más intencional en el marco de referencia del cliente sobre lo que constituye

² (N. de T.) Rosenzweig concluyó que, como dictaba “el veredicto del pájaro Dodo”, todas las psicoterapias son equivalentes en sus efectos. Es decir, no existe diferencia alguna entre realizar un tipo u otro de tratamiento puesto que lo que realmente determinaba y ayudaba a recuperarse a un cliente son factores como la oportunidad de discutir sus preocupaciones con un terapeuta cualificado y simpático o el grado en que están dispuestos a comprometerse con el tratamiento.

el éxito en terapia, así como también aquello que hace que una alianza sea buena. Comparando el conocimiento disponible en aquellos momentos y lo que es ahora todavía más sólido (ver Wampold y Imel, 2015), las conclusiones de la investigación son en gran parte más de lo mismo.

El sistema PCOMS también ofrece una manera aparentemente contradictoria de constatar su eficacia mediante la aplicación en los clientes, a la vez que adapta los servicios a sus necesidades, preferencias y cultura individuales. Aunque los factores comunes de la investigación señalan aquellos elementos que influyen positivamente en los resultados positivos, y los tratamientos basados en la evidencia proporcionan una orientación para la selección de la intervención, las especificidades de la psicoterapia solo pueden surgir a partir de la respuesta del cliente a lo que nosotros ofrecemos -la retroalimentación de los clientes sobre el progreso y la alianza-. El grupo presidencial de trabajo sobre prácticas basadas en la evidencia de la Asociación Americana de Psicología (*APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice in Psychology*) mantiene que “la aplicación de investigación basada en la evidencia en un paciente[sic] determinado siempre conlleva inferencias probabilísticas. Por lo tanto, la monitorización continua del progreso de un paciente y el ajuste del tratamiento según sea necesario son esenciales” (2006, p.280). El sistema PCOMS incorpora la inseguridad inherente en las “inferencias probabilísticas” sobre lo que será útil para un individuo determinado, y proporciona una forma de gestionarlo de modo terapéutico.

La ciencia de la psicoterapia continúa guiando la práctica clínica hacia una perspectiva más relacional de la psicoterapia (Rogers, 1957) y hacia un entendimiento del cambio terapéutico que esté más basado en los factores comunes (Rosenvweig, 1936). Quizás ha llegado el momento de no patear estos hechos por la ventana, y en vez de eso, reclamar nuestros valores empíricos centrales así como nuestra identidad relacional, y ofrecer una práctica basada en la evidencia a cada cliente en cada momento.

Referencias

- Albee, G. W. (2000). The Boulder model's fatal flaw. *American Psychologist*, 55, 247–248. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.2.247>
- American Psychological Association. (2006). Report of the APA task force on the assessment of competence in professional psychology. Washington, DC: Author.
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693–704. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016062>
- Anker, M. G., Owen, J., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2010). The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 635–645. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006).
- Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271> <http://dx.doi.org/10.1037/a0020051>

- Baldwin, S. A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A., & Nielsen, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 203–211. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015235>
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. (2013). Therapist effects. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavioural change* (6th ed., pp. 258–297). New York, NY: Wiley.
- Bickman, L., Kelley, S. D., Breda, C., de Andrade, A. R., & Riemer, M. (2011). Effects of routine feedback to clinicians on mental health outcomes of youths: Results of a randomized trial. *Psychiatric Services, 62*, 1423–1429. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.002052011>
- Bohanske, R., & Franczak, M. (2010). Transforming public behavioural health care: A case example of consumer directed services, recovery, and the common factors. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works* (2nd ed., pp. 299–322). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12075-010>
- Bohart, A., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works* (2nd ed., pp. 83–111). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12075-003>
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252–260. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Bringhurst, D. L., Watson, C. W., Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2006). The reliability and validity of the Outcome Rating Scale: A replication study of a brief clinical measure. *Journal of Brief Therapy, 5*, 23–30.
- Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist, 13*, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1080/13284200802676391>
- Castonguay, L., Barkham, M., Lutz, W., & McLeavey, A. (2013). Practice-oriented research: Approaches and applications. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6th ed., pp. 85–133). Hoboken, NJ: Wiley.
- Chapman, C. L., Burlingame, G. M., Gleave, R. M., Rees, F., Beecher, M., & Porter, G. S. (2012). Clinical prediction in group psychotherapy. *Psychotherapy Research, 22*, 673–681. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2012.702512>
- Cooper, M., Stewart, D., Sparks, J., & Bunting, L. (2013). School-based counseling using systematic feedback: A cohort study evaluating outcomes and predictors of change. *Psychotherapy Research, 23*, 474–488. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2012.735777>

- Duncan, B. (2012). The partners for change outcome management system (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 53, 93–104. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027762>
- Duncan, B. (2014). *On becoming a better therapist: Evidence based practice one client at a time* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/14392-000>
- Duncan, B., & Miller, S. (2007). *The Group Session Rating Scale*. Jensen Beach, FL: Author.
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3–12.
- Duncan, B., Miller, S., Wampold, B., & Hubble, M. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12075-000>
- Duncan, B., & Moynihan, D. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client’s frame of reference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31, 294–301. <http://dx.doi.org/10.1037/h0090215>
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2012). Empirically supported treatments, evidence based treatments, and evidence based practice. In G. Stricker & T. Widiger (Eds.), *Handbook of psychology: Clinical psychology* (2nd ed., pp. 977–1023). Hoboken, NJ: Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118133880.hop208021>
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (in press). Using PCOMS technology to improve outcomes and accelerate counselor development. In T. Rousmaniere & E. Renfro-Michel (Eds.), *Using technology to enhance clinical supervision*. Alexandria, VA: American Counseling Association. Duncan, B., & Sparks, J. (2002). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for change*. Ft. Lauderdale, FL: Nova Southeastern University. Elkins, D. (in press). *The human elements of psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gillaspy, J. A., & Murphy, J. J. (2011). The use of ultra-brief client feedback tools in SFBT. In C. W. Franklin, T. Trepper, E. McCollum, & W. Gingerich (Eds.), *Solution-focused brief therapy*. New York, NY: Oxford University Press.
- Goodman, L. A., Liang, B., Helms, J. E., Latta, R. E., Sparks, E., & Weintraub, S. R. (2004). Training counseling psychologists as social justice agents: Feminist and multicultural principles in action. *The Counseling Psychologist*, 32, 793– 836. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000004268802>
- Grossl, A. B., Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Hopkins, N. B. (2014). Client feedback data in supervision: Effects on supervision and outcome. *Training and Education in Professional Psychology*, 8, 182–188. <http://dx.doi.org/10.1037/tep0000025>

- Halstead, J., Youn, S. J., & Armijo, I. (2013). Scientific and clinical considerations in progress monitoring: When is a brief measure too brief? *Canadian Psychology*, *54*, 83–85.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, *61*, 155–163.
- Hoffman, M. A., Hill, C. E., Holmes, S. E., & Freitas, G. F. (2005). Supervisor perspective on the process and outcome of giving easy, difficult, or no feedback to supervisees. *Journal of Counseling Psychology*, *52*, 3–13. <http://dx.doi.org/10.1037/00220167.52.1.3>
- Holloway, E. L., & Neufeldt, S. A. (1995). Supervision: Its contributions to treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 207–213. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.207>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*, 9–16. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022186>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). Themndose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, *41*, 159–164. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12–19. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Kearney, L. K., Draper, M., & Barón, A. (2005). Counseling utilization by ethnic minority college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *11*, 272–285. <http://dx.doi.org/10.1037/1099-9809.11.3.272>
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, *9*, e94207. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>
- Lambert, M. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12141-000>
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169–218). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, *48*, 72–79. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022238>

- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*, 467–481.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). *The Outcome Rating Scale*. Jensen Beach, FL: Author.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales: Administration and scoring manual*. Jensen Beach, FL: Author.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J., & Claud, D. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy, 2*, 91–100.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Johnson, L. (2002). *The Session Rating Scale*. Jensen Beach, FL: Author.
- Minami, T., Wampold, B., Serlin, R., Hamilton, E., Brown, G., & Kircher, J. (2008). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 116–124.
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry, 167*, 1456–1463.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040570>
- Pieterse, A. L., Lee, M., Ritmeester, A., & Collins, N. M. (2013). Towards a model of self-awareness development for counseling and psychotherapy training. *Counselling Psychology Quarterly, 26*, 190–207. <http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2013.793451>
- Reese, R. J., Duncan, B. L., Bohanske, R. T., Owen, J. J., & Minami, T. (2014). Benchmarking outcomes in a public behavioral health setting: Feedback as a quality improvement strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 731–742.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0036915>
- Reese, R. J., Gillaspay, J. A., Jr., Owen, J. J., Flora, K. L., Cunningham, L. C., Archie, D., & Marsden, T. (2013). The influence of demand characteristics and social desirability on clients' ratings of the therapeutic alliance. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 696–709.
<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21946>
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*, 418–431. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017901>
- Reese, R. J., Toland, M. D., & Kodet, J. (2012, August). *Validity of a psychotherapy outcome measure: The Outcome Rating Scale*. Poster presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Orlando, FL.

- Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 616–630. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021182>
- Reese, R. J., Usher, E. L., Bowman, D. C., Norsworthy, L. A., Halstead, J. L., Rowlands, S. R., & Chisholm, R. R. (2009). Using client feedback in psychotherapy training: An analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 157–168. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015673>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103. <http://dx.doi.org/10.1037/h0045357>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248>.
- Schuman, D., Slone, N., Reese, R., & Duncan, B. (2015). Using client feedback to improve outcomes in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research*, 25, 396–407. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.900875>
- Slone, N. C., Reese, R. J., Mathews-Duvall, S., & Kodet, J. (2015). Evaluating the efficacy of client feedback in group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 19, 122–136. <http://dx.doi.org/10.1037/gdn0000026>
- Sparks, J., Duncan, B., Cohen, D., & Antonuccio, D. (2010). Psychiatric drugs and common factors: An evaluation of the risks and benefits for clinical practice. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works* (2nd ed., pp. 199–238). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12075-007>
- Sparks, J. A., Kisler, T. S., Adams, J. F., & Blumen, D. G. (2011). Teaching accountability: Using client feedback to train effective family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 452–467. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00224.x>
- Sue, D. W., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (5th ed.). New York, NY: Wiley.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547–559. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028226>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health provide. *Psychotherapy Research*, 110, 1–6.
- Wampold, B., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

Traducción de Tatiana Casado de Staritzky tatiana.casado@uib.es
Afiliación: Prof. Aj. Universitat Illes Balears (UIB). Área de Trabajo Social y Servicios Sociales.

Worthen, V. E., & Lambert, M. J. (2007). Outcome-oriented supervision: Advantages of adding systematic client tracking to supportive consultations. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7, 48–53. <http://dx.doi.org/10.1080/14733140601140873>

Artículo recibido el 7 de Junio de 2015
Artículo aceptado el 8 de Junio de 2015