

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., y Sparks, J. (2017). The Partners for Change Outcome Management System. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-10). New York: Springer.

Título: Sistema de Socios para la gestión del cambio (Partners for Change Outcome Management System, PCOMS)

Introducción

A pesar de la eficacia general de la terapia de pareja y de la terapia familiar, muchos clientes no se benefician del tratamiento, los abandonos son un problema, y los terapeutas presentan variaciones significativas en sus tasas de éxito, realizan pobres evaluaciones en relación a resultados negativos, y sobreestiman en gran manera su efectividad (Duncan, 2014). La retroalimentación sobre el progreso (*Progress Feedback*), a veces denominada “retroalimentación del cliente” o “feedback del cliente” ofrece una solución. Se trata de una monitorización constante de las percepciones del cliente acerca del beneficio de la terapia, y una comparación en tiempo real con la respuesta esperada al tratamiento, para medir el progreso del cliente, y detectar el momento en que el cambio no se esté dando como se había previsto. Con esta alerta, tanto el profesional como el cliente tienen la oportunidad de cambiar el foco de atención, revisar objetivos o modificar las intervenciones, antes de que se deteriore o se abandone el tratamiento.

Una de las dos intervenciones sobre retroalimentación incluidas en el Registro Nacional de Programas y Prácticas basadas en la Evidencia, perteneciente a la Administración de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) es el Partners for Change Outcome Management System (PCOMS), traducido como “Sistema de socios para la gestión del cambio” (Duncan, 2012). Solo el sistema PCOMS ha demostrado mejora significativa de los resultados con parejas y familias. Emerge de la práctica clínica, y se ha diseñado teniendo en mente a los profesionales que trabajan en primera línea. Este Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (Sistema PCOMS, de ahora en adelante) utiliza dos escalas de cuatro ítems, validadas y confiables: una que se centra en el resultado, y que se podría traducir como la “Escala de Calificación de Resultados” (the *Outcome Rating Scale*; Miller et al., 2003), y otra que evalúa la alianza terapéutica, y que podría traducirse como la “Escala de Calificación de la Sesión” (the *Session Rating Scale*; Duncan et al., 2003). El sistema PCOMS involucra tanto a profesionales como a clientes, incluyendo a los jóvenes, en un proceso continuo de medición y debate entre ambos sobre el progreso y la alianza. Este es el primer sistema que hace esto. El sistema PCOMS evalúa la respuesta del cliente respecto al servicio, y sirve de información de retorno para ambos, terapeuta y cliente, de modo que puedan aumentar la posibilidad de éxito, identificando a aquellos clientes que se encuentren en riesgo de obtener resultados negativos. La amplia implementación del sistema PCOMS ha permitido el desarrollo de algoritmos para la respuesta esperada al tratamiento, basados en amplias bases de datos, así como el desarrollo de un sistema electrónico de recolección de datos, análisis y retroalimentación en tiempo real.

Los estudios reportan que los clientes que reciben este sistema PCOMS presentan un nivel de probabilidades de experimentar cambios fehacientes 3’5 veces mayor, y la mitad de

probabilidades de deterioro, lo que supone un argumento sólido para el uso clínico del progreso de la retroalimentación y del sistema PCOMS de manera específica. El sistema PCOMS ha evolucionado desde el punto de partida inicial de una práctica clínica relacional, basada en valores (Duncan, 2014), a una metodología validada empíricamente para mejorar los resultados de la práctica clínica, así como una estrategia viable de mejora de la calidad.

Marco teórico

El sistema PCOMS es una práctica basada en la evidencia, pero no es la imagen típica que nos viene a la mente, es decir, no es un modelo de tratamiento específico o una intervención para un problema o diagnóstico específico de un cliente, sino que más bien el sistema PCOMS es a-teórico, y no está basado en el diagnóstico. El sistema PCOMS ha demostrado mejoras significativas tanto en clientes como en profesionales, independientemente de la orientación teórica de los profesionales o los diagnósticos de los clientes. Y, lo que es más importante, el sistema PCOMS se basa en la evidencia a nivel de profesional-cliente individual, promoviendo una asociación que monitoriza si “este” enfoque que provee “este” profesional está beneficiando a “este” cliente o familia. En otras palabras, es una “práctica basada en la evidencia de un cliente en cada momento”.

Fundamentos o justificaciones de la estrategia o intervención

El propósito del sistema PCOMS es generar una asociación con los clientes para identificar aquellos que no están respondiendo y trabajar esa falta de progreso, para mantener a los clientes involucrados mientras se buscan de modo colaborativo nuevas direcciones. Hay seis fundamentos o razones que sustentan el uso del sistema PCOMS. En primer lugar, este sistema se apoya en cinco estudios clínicos aleatorizados que ha llevado a cabo el *Heart and Soul of Change Project* (Proyecto del corazón y alma del cambio), que demuestran que el progreso del cliente y la retroalimentación sobre la alianza mejoran significativamente los resultados en diferentes modalidades y terapias (Duncan y Reese, 2015). Estos estudios aleatorizados han permitido que SAMHSA designe el sistema PCOMS como una práctica basada en la evidencia, distinguiéndolo de otros sistemas de retroalimentación del progreso en parejas y familias. En segundo lugar, el sistema PCOMS ha demostrado ser una estrategia viable de mejora de la calidad, y que puede ser más rentable y factible que tratar de trasladar a la práctica datos basados en la evidencia que se relacionen con tratamientos o desórdenes específicos (Reese et al., 2014). Las agencias que implementan el sistema PCOMS han obtenido resultados comparables con los obtenidos en los estudios aleatorizados. En tercer lugar, el sistema PCOMS ataja problemas tales como la reducción de abandonos, cancelaciones, longitud del tratamiento, así como la reducción de la variabilidad del terapeuta, mientras provee de información objetiva acerca de la efectividad del profesional y de la agencia o servicio (Duncan y Reese, 2015).

En cuarto lugar, el sistema PCOMS incorpora dos predictores conocidos sobre resultados de tratamiento: el cambio precoz (Baldwin et al., 2009) y la alianza terapéutica (Horvath et al., 2011). Los estudios revelan que la mayoría de los clientes experimentan los cambios más significativos en las ocho primeras visitas. Las parejas y familias que reportan escasos o nulos progresos al inicio de la intervención, no muestran mejoras en el curso de la terapia. Un segundo robusto predictor de cambio, firmemente demostrado por un gran número de estudios, es la alianza terapéutica. Los clientes que puntúan de modo elevado en sus relaciones con los terapeutas son más aptos para permanecer en la terapia y beneficiarse de

ella. Monitorizar el progreso y la alianza provee un modo tangible de identificar clientes que no responden, así como problemas de relación, antes de que los clientes abandonen el tratamiento o alcancen resultados negativos. En quinto lugar, el PCOMS aplica de modo directo la investigación sobre lo que importa en el cambio terapéutico, cuáles son los factores comunes (Duncan et al., 2010). La monitorización colaborativa de resultados involucra la fuente más potente de cambio, los clientes, aumentando la esperanza de mejora, y adapta los servicios a las preferencias del cliente, maximizando así la alianza y la participación (Duncan, 2014).

Finalmente, un sexto argumento o justificación versa sobre los derechos de los usuarios y los fundamentos de la terapia de pareja y familiar. A pesar de los esfuerzos bienintencionados, la infraestructura de la terapia de pareja o de familia (papeleo, procedimientos y lenguaje profesional) puede cosificar descripciones no contextualizadas de los problemas del cliente, y silenciar sus puntos de vista, sus metas y sus preferencias. Inquirir, documentar y responder de modo rutinario a la retroalimentación del cliente tiene el potencial de transformar las relaciones de poder, privilegiando las creencias del cliente y sus metas, por encima de prácticas poco sensibles y culturalmente sesgadas. Valorar a los clientes como fuentes creíbles de sus propias experiencias de progreso y relación, permite a los clientes enseñar a los clínicos cómo ser más efectivos con ellos, revirtiendo la jerarquía de los servicios prestados por expertos. El sistema PCOMS provee una estructura preparada para la colaboración con los clientes, y promueve un proceso terapéutico más igualitario.

Fuera de la diada terapéutica, los datos generados por el cliente ayudan a superar las desigualdades que se construyen a diario en los servicios prestados, mediante la redefinición de la voz de quién cuenta. Sin estos datos, la visión del cliente no tiene la oportunidad de ser parte del “registro real”, esto es, la información crítica que guía las decisiones o evalúa posibles resultados a niveles más amplios (programáticos 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 a nivel del servicio u organismo, así como la preeminencia de la voz del cliente en cuanto a cómo los servicios se conforman y se prestan.

Descripción de la estrategia o intervención

El sistema PCOMS es un proceso ligero, se tardan unos 5 minutos en administrarlo, y no se usan más de 10 minutos en la administración, calificación e integración del resultado en la terapia. El sistema PCOMS guía suavemente los modelos y las técnicas hacia la perspectiva del cliente, centrándose en los resultados. Además de la brevedad de sus medidas, el sistema PCOMS también difiere de la mayoría de sistemas en los que la participación del cliente es rutinaria y esperada; las calificaciones del cliente en los instrumentos de progreso y de alianza se comparan y discuten abiertamente en cada administración. La visión del cliente sobre el progreso sirve como base para comenzar conversaciones terapéuticas, y sus evaluaciones de la alianza marcan también el punto final de dichas conversaciones. Con esta transparencia, las mediciones proveen de un punto de referencia mutuamente compartido acerca de las razones de búsqueda del servicio, del progreso y del compromiso.

El sistema PCOMS, así como la sesión, comienzan con la Escala de Calificación de Resultados para adolescentes y adultos y la Escala de Calificación de Resultados para Niños (CORS: Duncan et al., 2016) para niños de 6-12 años, proveyendo calificaciones de progreso reportadas por el cliente.

Escala de Calificación de Resultado (ORS)

Nombre _____ Edad (Años): _____ Género: _____
 Sesión N° _____ Fecha: _____
 ¿Quién completa esta escala? Por favor, indique: Usted _____ Otra persona _____
 En caso de que sea por otra persona, ¿Cuál es su relación con ella? _____

Considerando la última semana, incluido hoy, ayúdenos a comprender cómo se ha sentido en las siguientes áreas de su vida. Marque a la izquierda representan niveles bajos, mientras que marcas a la derecha indican niveles altos. *Si usted está completando esta escala por otra persona, por favor hágalo según crea que le está yendo a esa persona.*

Individualmente
(Bienestar personal)

-----|-----

En lo Interpersonal
(Familia, relaciones cercanas)

-----|-----

Socialmente
(Trabajo, Escuela, Amistades)

-----|-----

En General
(Sentido general de bienestar)

-----|-----

Better Outcomes Now

www.betteroutcomesnow.com

© 2000, Scott D. Miller y Barry L. Duncan

Traducción por: Rafael S. Harris, Jr., Barbara L. Hernandez, y Elena Gismero González

Escala de Calificación de la Sesión (SRS versión 3.0)

Nombre _____ Edad (Años): _____
 ID # _____ Género: _____
 Sesión N° _____ Fecha: _____

Por favor indique cómo fue la sesión de hoy poniendo una marca vertical en la línea que más cerca se aproxime a su experiencia

Relación

No me senti escuchado/a, comprendido/a, ni respetado/a. -----|----- Me senti escuchado/a, comprendido/a y respetado/a.

Metas y Temas

No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar. -----|----- Trabajamos y hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.

Enfoque o Método

El enfoque del/de la terapia no encaja bien conmigo. -----|----- El enfoque del/de la terapia encaja bien conmigo.

En General

En la sesión de hoy faltaba algo. -----|----- En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí.

Better Outcomes Now

www.betteroutcomesnow.com

© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, y Lynn Johnson

Traducido por Rafael S. Harris, Jr., Barbara L. Hernandez, y Elena Gismero González

Escala de Calificación de Resultado para Niños (CORS)

Nombre _____ Edad (Años): _____
 Género: _____
 Sesión N° _____ Fecha: _____
 ¿Quién completa esta escala? Por favor, indique: Niño/a _____ Otra persona _____
 En caso de que sea por otra persona, ¿Cuál es su relación con este niño/a? _____

¿Cómo estás? ¿Cómo van las cosas en tu vida? Por favor, pon una marca en las líneas de debajo para que lo sepamos. Mientras más te acerques a la cara de sonrisa, mejor están las cosas. Mientras más te acerques a la cara de tristeza, las cosas, no están muy bien. *Si eres otra persona completando esta escala, por favor hazlo según creas que le va al niño/a.*

Yo
(¿Cómo estoy yo?)

☹️ -----|----- 😊

Familia
(¿Cómo van las cosas en mi familia?)

☹️ -----|----- 😊

Escuela
(¿Cómo me va en la escuela?)

☹️ -----|----- 😊

Todo
(¿Cómo me va en mi vida en general?)

☹️ -----|----- 😊

Better Outcomes Now

www.betteroutcomesnow.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, y Jacqueline A. Sparks

Traducido por Rafael S. Harris, Jr., Barbara L. Hernandez, y Elena Gismero González

Escala de Calificación de la Sesión para Niños (CSRS)

Nombre _____ Edad (Años): _____
 Género: _____
 Sesión N° _____ Fecha: _____

¿Qué tal nos ha ido hoy juntos? Por favor, pon una marca en las líneas de debajo que nos indique cómo te has sentido.

Escuchar

no me ha escuchado siempre. ☹️ -----|----- 😊 me ha escuchado.

Qué tan importante

Lo que hicimos y de lo que hablamos no fue muy importante para mí. ☹️ -----|----- 😊 Lo que hicimos y de lo que hablamos fue importante para mí.

Lo que hicimos

No me gustó lo que hicimos hoy. ☹️ -----|----- 😊 Me gustó lo que hicimos hoy.

En General

Ojalá pudiéramos hacer algo diferente. ☹️ -----|----- 😊 Espero que la próxima vez hagamos cosas parecidas.

Better Outcomes Now

www.betteroutcomesnow.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, y Jacqueline A. Sparks

Traducido por Rafael S. Harris, Jr., Barbara L. Hernandez, y Elena Gismero González

Partners for Change Outcome Management System, Fig. 1. La Escala de Calificación de Resultados (ORS), Escala de Calificación de la Sesión (SRS), Escala de Calificación de Resultados para Niños (ORS), y la Escala de Calificación de la Sesión para Niños (SRS) (Copyright 2000, 2002, 2003, y 2003 por B. L. Duncan y S.D. Miller. Disponible solo para revisar/estudiar. Se pueden descargar copias gratuitas en 28 lenguas –incluyendo el castellano– en <https://www.betteroutcomesnow.com>)

Tal como se aprecia en la Fig. 1, más que una lista de síntomas con Escala Likert, la Escala de Calificación de Resultados (ORS para adultos y adolescentes, y CORS para niños 6-12) son escalas visuales analógicas, consistentes en cuatro líneas de 10 cm cada una, correspondientes a 4 aspectos (individual, interpersonal, social y general), permitiendo la representación idiosincrática de cada cliente según sus circunstancias de vida. El cliente coloca una marca en cada línea para representar su percepción sobre el funcionamiento de cada aspecto (si utilizan la versión en papel), o tocan o clican el iPad u otro aparato si utilizan la aplicación web del sistema PCOMS. En el caso de una familia que acude al servicio debido a un problema relativo a un niño o adolescente, el progenitor o cuidador solo puntúa la Escala de Calificación de Resultados para Niños (CORS) o la Escala de Calificación de Resultados si se trata de un adolescente (ORS), basándose en su percepción sobre cómo se va desarrollando el niño o adolescente. Pedir al padre o cuidador que puntúe su propia ORS mandaría el mensaje de que el terapeuta está interesado en su funcionamiento, incluso cuando no es la razón de su servicio. Podría parecer que esto (el no pedir la Escala ORS a los padres en relación a su funcionamiento) pone en riesgo la alianza con los padres o cuidadores, pensando que el terapeuta no está alineado con su visión del problema pero, en lugar de eso, lo que implicaría sería una creencia encubierta de que el cuidador o progenitor en sí mismo es el problema. El punto principal es asegurar que el terapeuta acepta la razón de buscar ayuda, y lo comunica a los clientes tan claramente como le es posible, a través de modos verbales y no verbales.

Las calificaciones que dan los padres y cuidadores de sus hijos se presenta como la razón para que el servicio disponga de perspectivas cruciales acerca de cómo está yendo la terapia. El cambio en las calificaciones de padres o cuidadores correlaciona significativamente con las calificaciones de niños y adolescentes. En otras palabras, cuando los menores registran un cambio, es habitual que los padres o cuidadores reporten cantidades y direcciones similares de cambio, y a la inversa. En algunas circunstancias, resulta útil obtener mediciones de CORS/ORS de otras personas que están involucradas de modo significativo con esos menores (denominados también calificadores colaterales), para obtener sus puntos de vista. Por ejemplo, un profesor que ha derivado al menor a terapia, o un oficial de libertad condicional asignado por un tribunal para monitorizar el cambio del menor que ha delinquido, serían buenos candidatos para realizar este proceso. Personas que juegan un papel importante en la vida del niño pueden convertirse en testigos de estos cambios positivos. Por ello, realizar reuniones periódicas con estos individuos, con los menores y la familia, puede dar soporte a los esfuerzos que realiza el menor, y contribuir de modo colaborativo al establecimiento de metas y estrategias para la resolución del problema.

BON Cuenta Mis equipos Mis episodios Mis evaluadores Mi perfil Ayuda Cerrar sesión

0301 bean

Escala de Calificación de Resultado para Niños (CORS)

¿Cómo estás? ¿Cómo van las cosas en tu vida? Por favor, pon una marca en las líneas de abajo para que lo sepamos. Mientras más te acercas a la cara de sonrisa, mejor están las cosas. Mientras más te acercas a la cara de tristeza, las cosas no están muy bien. Si eres otra persona completando esta escala, por favor hazlo según creas que le va al niño/a.

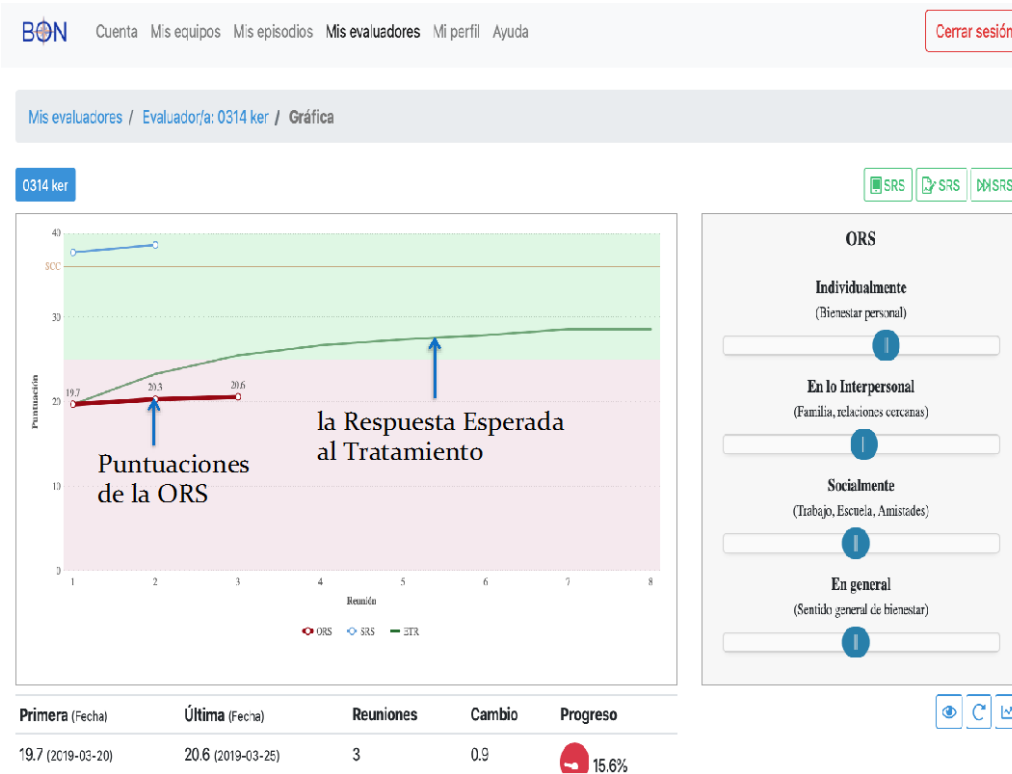
Yo
 (¿Cómo estoy yo?)

Familia
 (¿Cómo van las cosas en mi familia?)

Escuela
 (¿Cómo me va en la escuela?)

Todo
 (¿Cómo me va en mi vida en general?)

Guardar Cancelar



The Partners for Change Outcome Management System, Fig. 2. El sistema basado en web de la Escalada de Calificación de Resultados para Niños (CORS) (arriba) y gráfico con calificaciones de Escala CORS y respuesta esperada al tratamiento (ETR, por sus siglas en inglés) (abajo)

Los terapeutas utilizan una regla para sumar la calificación total obtenida, o bien obtienen de manera automática esa calificación en la versión web, con un máximo de 40 puntos (ver Fig. 2). Cuanto menor es la calificación, mayor dificultad refleja. Los instrumentos en papel del sistema

PCOMS están disponibles de manera gratuita para uso individual en heartandsoulofchange.com, que también contiene recursos gratuitos acerca de la implementación del sistema PCOMS a niveles clínicos y de institución o servicio. La versión web es un producto comercial disponible en betteroutcomesnow.com

Dado que el sistema PCOMS es una intervención colaborativa, es importante que las parejas y familias comprendan, al inicio, dos puntos fundamentales: (1) las Escalas de Resultados ORS y CORS se usan para medir los resultados en cada sesión, y (2) las Escalas de Resultados ORS y CORS proveen una manera de asegurar que la voz del cliente acerca del progreso no solo se escucha, sino que se mantiene en una posición central. Introducir la Escala de Resultados ORS a las familias requiere adaptar la conversación a la edad, comprender su capacidad, y el nivel de atención de los diferentes miembros de la pareja o familia en cuestión. En el primer encuentro, la Escala de Resultado ORS/CORS sitúa dónde se ve el cliente, permitiendo comparaciones sucesivas en sesiones posteriores.

La tarea tras la suma de calificación se dirige a otorgarle sentido, teniendo en cuenta que la autoridad final la tiene el cliente. Todos deben comprender qué significa esa calificación, y tener una comprensión compartida sobre cómo las calificaciones reflejan sus razones para acudir a terapia. Resulta útil colocar los formularios (o Tablet, ordenador, etc.) sobre una superficie abierta (como una mesa), de modo que todo el mundo pueda verlo. Este es un gesto potente que comunica que el trabajo es colaborativo, el terapeuta no es el guardián de información especial, y los puntos de vista de todos y cada uno de los presentes se van a conocer y valorar. No es inusual que los niños vayan mirando las calificaciones, con una curiosidad natural para ver quién anotó qué calificación. Las parejas a menudo presentan curiosidad por saber qué ha puntuado el otro miembro, y es habitual que realicen comentarios sobre semejanzas o diferencias con sus propios puntajes. El resultado de las escalas del sistema PCOMS permite que todo esté literalmente “encima de la mesa” desde el principio, esto es, los acuerdos y desacuerdos que todos conocen -excepto el terapeuta, hasta ahora-. Las Escalas de Calificación de Resultados ORS/CORS permiten una comprensión de la experiencia de la pareja o familia en los primeros minutos del encuentro.

El “corte clínico” o punto de corte facilita una comprensión compartida de la Escala de Calificación de Resultados (ORS) y la Escala de Calificación de Sesión (SRS), y a menudo es un paso hacia adelante, al permitir conectar las calificaciones con la razón para buscar o recibir determinados servicios. Una calificación de 25 (sobre 40) es el “corte” para adultos, lo que significa que, de media, las personas que buscan servicios clínicos puntuarán por debajo de esa cifra, y los que no están buscando asesoramiento, puntuarán más de 25. Aunque los adolescentes usan la Escala de Calificación de Resultados (ORS), su corte clínico es ligeramente mayor, 28. El corte de los menores en la Escala de Calificación de Resultados para Niños (CORS) es también de 28, así como cuando los padres o cuidadores puntúan un CORS para niños o un ORS para adolescentes.

El terapeuta deja que cada persona conozca, en lenguaje cotidiano y comprensible para ellos, si están por encima o por debajo de ese punto de corte. Para aquellos que muestran calificaciones por debajo de ese punto de corte, el terapeuta les asegura que han tomado la decisión adecuada acudiendo al servicio. Para aquellos que puntúan por encima de ese punto de corte, el clínico simplemente valida su calificación diciendo que parece que las cosas están

yendo bastante bien, lo que a su vez le lleva a la siguiente pregunta lógica---¿cuáles son las razones para encontrarnos esta vez?

Los clientes a menudo puntúan más bajo en el ítem que refleja la razón del servicio. Cabe señalar que cuando un niño o adolescente obtiene una calificación general que se sitúa por encima del punto de corte, aun así a menudo dará una pista de lo que les causa problemas, situando una marca más baja que las otras. Finalmente, la calificación general ofrece una visión acerca de lo que va bien en la vida de una persona. Vale la pena mencionar esto cuando se revisan los resultados de las Escalas de Calificación de Resultados (ORS/CORS) o, al menos, realizar una anotación mental para preguntar más sobre esas áreas en algún momento posterior de la entrevista.

El siguiente vehículo para conectar las Escalas ORS y CORS a las razones por las que acuden al servicio se relaciona con los campos o ítems específicos. La Escala ORS/CORS es un diseño individualizado y a medida, requiere que el profesional se asegure de que la medida representa tanto la experiencia del cliente como las razones por las que acude al servicio. Simplemente viendo qué campo/s o ítems se puntúan más bajo, ya permite al terapeuta centrarse en la dimensión que presenta más dificultades. El terapeuta puede comentar sobre esa área, y preguntar si la calificación en ese campo representa la razón para buscar ayuda o para ser derivado a asesoramiento (*counseling*). El terapeuta también puede dejar que fluya la conversación para revelar la razón del servicio, y entonces realizar esa conexión con el campo puntuado más bajo. Una vez que se ha establecido, hay una comprensión compartida acerca de qué campo o dimensión es el punto central para hacer el seguimiento del cambio. Por ejemplo, es típico que un miembro de la pareja acuda con una calificación en campo interpersonal más baja que el otro miembro. No es difícil confirmar que eso es lo que va a querer trabajar mediante el asesoramiento. También revela quién tiene más malestar sobre la relación, y quién fijó el encuentro -y tal vez quién se vio arrastrado a ello por su pareja-. En el momento en el que los clientes conectan sus marcas en la Escala ORS/CORS con las situaciones que motivan su búsqueda de ayuda, la Escala ORS se convierte en una medida útil del progreso, y una potente herramienta clínica. Y ese momento facilita la siguiente pregunta: “¿Qué piensas que hará mover tu marca solo un cm a la derecha; qué tiene que ocurrir?”. La escala ORS establece el escenario, y enfoca el trabajo a realizar.

Parejas y familias pueden estar o no de acuerdo acerca de su visión sobre el nivel y las áreas (campos) de dificultad. Cuando existe acuerdo, los terapeutas pueden comentarlo como una fortaleza, subrayando esas similitudes, y usarlo como un anclaje sobre el que establecer metas conjuntas. Deben esperarse calificaciones diferentes, y eso simplemente representa la realidad y complejidad del trabajo terapéutico con más de dos personas en una habitación. Para principiantes, las calificaciones diferentes son concretas y visibles, permitiendo a los terapeutas preguntar rápidamente sobre la percepción y creencias de cada uno. Cuando antes se haga, más rápidamente se pueden identificar las metas de cada persona, y los esfuerzos realizados para unir eso en una estrategia común y un punto final mutuamente deseado. Otra alternativa sería que persistan esas calificaciones discrepantes, y que los terapeutas puedan validar de modo exitoso esas diferencias, y aun así trabajar hacia resultados positivos.

Los desacuerdos entre los clientes en cuanto a sus calificaciones en las Escala ORS/CORS se refieren simplemente a las dinámicas presentes con frecuencia en la terapia familiar y de pareja. El instrumento tan solo lleva al frente esas diferencias, y se centra en ellas los primeros minutos de la sesión. La Escala ORS/CORS proporciona una lectura rápida sobre cosas como quién es el que presenta mayores dificultades en la relación y/o los problemas de los jóvenes,

y quién quizás ha acudido al encuentro de modo coercitivo. No es sorprendente que, en el trabajo con una pareja, el que quiera trabajar o salvar la relación muestre mayores dificultades en la Escala ORS. De modo similar, los jóvenes “enviados” a terapia, a menudo puntuarán más elevado en la medida de resultado (es decir, menor dificultad) que la calificación del padre o cuidador. Tampoco es sorprendente que la persona que se ha visto “empujada” a acudir muestre calificaciones por encima del punto de corte. La discusión acerca de las dificultades vía las calificaciones de la Escala ORS, arroja luz a cuestiones importantes, permitiendo una discusión abierta y una posterior planificación acerca de cómo la terapia puede satisfacer las necesidades de cada individuo.

La Escala de Calificación de la Sesión (*Session Rating Scale*, SRS; Duncan et al., 2003) o la Escala de Calificación de la Sesión para Niños (CSRS; ver Fig. 1), también es una escala de cuatro ítems visuales analógicas, que cubre los elementos clásicos de la alianza (Bordin, 1979), y se plantea para su uso hacia el final de la sesión. De manera similar a la Escala de Calificación de Resultados (ORS/CORS), cada línea de la Escala de Calificación de la Sesión (SRS/CSRS) es de 10 cm, y puede puntuarse de modo manual o electrónico. El uso de la Escala SRS/CSRS impulsa la retroalimentación del cliente, tanto la positiva como la negativa, generando un espacio seguro para los clientes para dar voz a sus honestas opiniones sobre su conexión con el terapeuta y con la terapia. Introducir estas Escalas de Calificación de Sesión (SRS/CSRS) funciona mejor si se realiza como una extensión natural del estilo del terapeuta. Para que los clientes se sientan cómodos dando una retroalimentación sobre la alianza, debe quedar claro que no hay “malas noticias” en la medida de la alianza, y que el terapeuta de verdad quiere saber cómo puede mejorar la experiencia del cliente sobre la terapia -y que no se trata de buscar elogios, ni tiene miedo a recibir esa retroalimentación-.

Los clientes tienden a puntuar muy alto en todas las escalas de alianza, y la Escala SRS/CSRS no es una excepción. Para clientes que puntúen por encima del punto de corte, que es 36, el terapeuta solo necesita dar las gracias al cliente, preguntando sobre qué ha considerado especialmente útil, e invitar al cliente a informar al terapeuta sobre si hay algo que se pueda mejorar en la terapia. Para clientes que puntúen menos de 36 puntos, la conversación es similar, pero también trata de explorar qué se puede hacer para mejorar la terapia. La Escala de Calificación de la Sesión (SRS/CSRS) provee una estructura para abordar la alianza, permite una oportunidad para solventar cualquier problema, y demuestra que el terapeuta hace algo más que dar un buen servicio para formar buenas relaciones.

Tras la primera sesión, el sistema PCOMS simplemente se pregunta, ¿están las cosas mejor o no? Cuanto más continúe la terapia sin cambios medibles, mayor será la probabilidad de abandono y/o de pobres resultados. Las calificaciones en la Escala de Calificación de Resultados (ORS/CORS) se utilizan para generar compromiso en la pareja o la familia, para involucrarles en una discusión sobre el progreso, y, lo que es más importante, para conocer qué debería ser/hacerse de modo diferente (si no hay nada de progreso). Mientras que puede haber acuerdo en relación a los dos posibles escenarios de cambio, también puede suceder que haya diferentes visiones. Por ejemplo, como veremos más adelante, una esposa puede estar viendo que hay cosas que mejoran porque su pareja ha vuelto a vivir en casa, pero su visión de la situación indica deterioro. Este es, por supuesto, el reto -crear un contexto terapéutico en el que cada uno, con sus diferentes visiones, se beneficie-. La mejor manera de juzgar el éxito es cuando ambas personas de la pareja se benefician, o cuando ambos, el joven y el padre o cuidador, demuestran beneficios o ganancias en la terapia.

Independientemente de la congruencia o discrepancia entre las calificaciones de los clientes, la tarea del terapeuta sesión a sesión es identificar las percepciones del cliente, tanto en cuanto al progreso como en cuanto a la alianza, y responder a ello adecuadamente. Cuando las calificaciones de la Escala ORS/CORS se incrementan, un paso crucial para empoderar ese cambio es ayudar a los clientes a ver todas las ganancias como una consecuencia de sus propios esfuerzos. Es interesante ver cómo un simple salto o incluso unos cuantos puntos en la Escala ORS pueden estimular la conversación sobre cómo los pequeños cambios pueden ser llevados hacia adelante para continuar trabajando esos problemas. Un cambio confiable y clínicamente significativo provee de métricas útiles para poder medir esas ganancias o beneficios que han notado o percibido. Un cambio confiable y clínicamente significativo es un cambio de 6 o más puntos en la Escala ORS/CORS, sumado al hecho de atravesar el punto de corte (25 para adultos, 28 para menores y sus cuidadores). El cliente comienza en un rango “clínico” y trasciende el corte a ese rango “no clínico”. Cuando los clientes alcanzan una meseta, lo que puede considerarse el máximo beneficio que se puede obtener del servicio, comienza entonces la planificación para comenzar la recuperación fuera de la terapia.

Una discusión más importante ocurre cuando las calificaciones de la Escala ORS/CORS no se incrementan. Cuanto más tiempo continúe la terapia sin cambios medibles, mayor será la probabilidad de abandonos y/o de pobres resultados. El sistema PCOMS trata de estimular a todas las partes interesadas para reflexionar sobre las implicaciones de continuar un proceso que está generando beneficios escasos o nulos. Aunque se aborde en cada reunión en la que no se produzca ningún cambio aparente, las sesiones posteriores incrementan su importancia, y justifican acciones adicionales -lo que Duncan y Sparks (2002) han denominado “conversaciones de puntos de verificación y discusiones de última oportunidad”-.

Las conversaciones de puntos de verificación se realizan de la tercera a la sexta sesión, y las discusiones de última oportunidad se inician entre la sexta y la novena sesión. Las trayectorias observadas en la clínica sugieren que la mayoría de clientes que obtienen beneficios, normalmente se muestra ese progreso en las sesiones 3 a 6 (Duncan, 2014); y si el cambio no se ha notado para entonces, el cliente está en riesgo de obtener resultados negativos. Lo mismo sucede para las sesiones 6-9, excepto que la urgencia se incrementa, de aquí el concepto de “última oportunidad”. Un sistema disponible en la web provee de una identificación más sofisticada de clientes en riesgo, comparando el progreso del cliente con la respuesta esperada en el tratamiento de clientes con el mismo puntaje de ingreso.

La progresión de la conversación con parejas y familias que no están progresando en el tratamiento pasa por hablar sobre si se debería hacer alguna otra cosa, identificar qué puede hacerse de modo diferente, y hacerlo. Hacer algo diferente puede incluir, por ejemplo, invitar a otros del sistema de soporte del cliente, utilizar un equipo, desarrollar una conceptualización diferente del problema, tratar de usar otro enfoque o modelo, o derivar a otro profesional o tipo de servicio, como un consejero religioso o un grupo de auto-ayuda -cualquier cosa que pueda resultar valiosa para el cliente-.

El sistema PCOMS subraya la falta de cambio, haciendo imposible que se ignore, y con frecuencia incita tanto al terapeuta como a la pareja o familia a la acción -desde considerar otras opciones de tratamiento, a evaluar si otro proveedor puede ofrecer un abanico diferente de opciones que tal vez encajen mejor con las preferencias, cultura, o marco de referencia del cliente-.

La viabilidad de las dos escalas de cuatro ítems se ha comprobado con más de un millón de administraciones del sistema PCOMS en bases de datos electrónicas. El sistema PCOMS se utiliza en todos los estados de EEUU, además de por las ocho mayores organizaciones públicas de salud del comportamiento en EEUU, así como en más de 20 países. También se implementa en toda la provincia de Saskathewan, así como en Noruega, implementado por las agencias nacionales de trabajo con parejas. Más de 200.000 consumidores usan al año el sistema PCOMS como parte de su servicio. Cinco estudios clínicos aleatorizados demuestran la ventaja estadísticamente significativa del uso del sistema PCOMS, en comparación con tratamientos que no incluyen la retroalimentación sobre el progreso. Los clientes que usan PCOMS obtienen mayores ganancias pre-post tratamiento, mayores porcentajes de cambio clínico significativo y confiable, ratios de cambio más rápido, y menos probabilidades de abandono.

La medición rutinaria de los resultados y de la alianza con cada pareja y con cada familia asegura que no se eche a perder ninguna oportunidad de cambio. Esto permite relaciones transparentes y verdaderas con los clientes, manteniendo sus perspectivas como punto central. Además, sirve como un dispositivo de alerta temprana que identifica a aquellos clientes que no se están beneficiando de la terapia, por lo que el cliente y el terapeuta pueden trazar un curso de acción diferente. Esto, a su vez, incita al profesional a dejar de hacer lo mismo, hacer nuevas cosas, y así ir creciendo como profesional.

Ejemplo de caso

Roberto estaba angustiado porque su mujer, Nancy, se marchó de casa, dejándole al cargo de la crianza de sus dos hijas. En la primera sesión, la calificación de Roberto de la Escala ORS fue 17'5, y la de Nancy de 12'7, siendo la escala "interpersonal" la más baja, 5'4 y 2'2 respectivamente, confirmando que se trataba de dos personas angustiadas con un matrimonio al borde del precipicio. Cuando el profesional invitó a cada uno a contar la historia que se encontraba detrás de esos números, y explicar sus calificaciones en la escala "interpersonal", Roberto describió su soledad y dijo que solo quería que su mujer regresara a casa. Nancy señaló su calificación en la Escala ORS y le refirió sus largas jornadas por la noche en el trabajo y su indiferencia a sus necesidades. Las calificaciones de la Escala SRS reflejaron un comienzo rocoso. Cuando el profesional preguntó acerca de qué se necesitaba para mover la Escala SRS hacia una dirección más positiva, Roberto dijo que quería que el profesional se centrara más en que Nancy volviera a casa. Nancy dijo que quería que el profesional les ayudase a hablar juntos, para que así Roberto pudiera escucharla.

En la siguiente sesión, la Escala ORS de Roberto indicaba una subida de 4 puntos, ya que se sentía más esperanzado acerca del retorno de Nancy a casa, puesto que estaba acudiendo a la terapia; en la tercera sesión, su calificación en la Escala ORS sobrepasó la nota de corte, porque Nancy, tal vez sucumbiendo a las plegarias de Roberto, volvió a casa. Con alivio, Roberto describió su vida en el hogar como más o menos "de vuelta a la normalidad". Sus calificaciones de la Escala SRS para las sesiones dos y tres aumentaron, indicando un fortalecimiento de la alianza terapéutica. Mientras tanto, a pesar de una subida similar en las calificaciones de la Escala SRS de Nancy, su calificación en la Escala ORS de la tercera sesión fue un miserable 13. Claramente algo estaba yendo mal en su vida, y la terapia no la estaba ayudando.

En la cuarta sesión, la calificación de Nancy en la Escala ORS cayó en picado a un triste 9'2, mientras que la calificación de la Escala ORS de Roberto en la cuarta sesión continuó

incrementándose, alcanzando el 27'8. El profesional mostró a la pareja un gráfico con sus dos trayectorias de cambio, poniendo de relieve la dramática diferencia entre ambos. Las dos trayectorias de la Escala ORS proporcionaron razones convincentes para preguntar acerca de la disminución de las calificaciones de Nancy, coincidiendo con su vuelta a casa. Alentada, Nancy se abrió, explicando su sueño de poder desarrollar una carrera significativa, teniendo tiempo libre de las responsabilidades del hogar. A pesar de que no eran temas nuevos, ahora eran una urgencia, y habían estado claramente ausentes en las sesiones anteriores. Roberto respondió a su mujer en un modo que mostraba que la estaba tomando en serio. Al mismo tiempo, se le pidió a Roberto que hablara de sus necesidades para gestionar las demandas de su trabajo, que era la fuente principal de soporte para el hogar familiar, y su limitada habilidad para compartir de modo equitativo las tareas del hogar. En esta ocasión la conversación fue significativamente diferente de su modo de comunicación habitual, que se encontraba estancada. Las calificaciones de Nancy en la Escala ORS se incrementaron significativamente a lo largo de las tres siguientes sesiones, ya que la pareja continuó haciendo los ajustes necesarios en su relación.

Este proceso de intervención tal vez hubiera alcanzado este punto sin el sistema PCOMS, pero las posibilidades de abandono prematuro eran elevadas, particularmente tras la primera sesión, sin una retroalimentación inmediata de la alianza, y la cuarta sesión sin concretar las evidencias sobre sus dispares visiones. Calificaciones diferentes en la Escala ORS en el trabajo con una pareja o familia podrían interpretarse como causa de preocupación cuando, en verdad, pueden ser causa de alegría; los profesionales y sus clientes tienen la oportunidad de enfrentar sin ambigüedades la realidad de sus diferentes visiones, y entonces calibrar y realizar convergencias. En el caso de Roberto y Nancy, la cuarta sesión supuso un punto de inflexión para estrategias para resolver sus necesidades en conflicto.

Referencias cruzadas

- ▶ [Alliance Scales in Couple and Family Therapy](#)
- ▶ [Progress Research in Couple and Family Therapy](#)
- ▶ [SCORE](#)
- ▶ [Systemic Therapy Inventory of Change](#)

Referencias

- Baldwin, S., Berkeljon, A., Atkins, D., Olsen, J., & Nielsen, S. (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.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252–260. doi:10.1037/h0085885.
- Duncan, B. (2012). The partners for change outcome management system (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology, 53*, 93–104. doi: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.
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2015). The partners for change outcome management system (PCOMS): Revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy, 52*, 391–401.

- Duncan, B., & Sparks, J. (2002). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for change*. Jensen Beach FL: Author.
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., & Johnson, L. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3–12.
- Duncan, B., Sparks, J., Miller, S., Bohanske, R., & Claud, D. (2006). Giving youth a voice: A preliminary study of the reliability and validity of a brief outcome measure for children. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5–22.
- Duncan, B., Miller, S., Wampold, B., & Hubble, M. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16. doi:10.1037/a0022186.
- Miller, S., Duncan, B., 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.
- Reese, R. J., Duncan, B., Bohanske, R., Owen, J., & Minami, T. (2014). Benchmarking outcomes in a public behavioral health setting: Feedback as a quality improvement strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi:10.1037/a0036915.