

Sparks, J. y Duncan, B. (2018). The Partners for Change Outcome Management System: A Both /And System for Collaborative Practice. *Family Process, X*, 1-18 doi: 10.1111/famp.12345

Sparks, J. y Duncan, B. (2018). Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (PCOMS): un sistema para la práctica colaborativa “con/y”. *Family Process, X*, 1-18 doi: 10.1111/famp.12345

Abstract

La retroalimentación sistemática del cliente (SCF, por sus siglas en inglés) se utiliza cada vez más en servicios de salud mental en todo el mundo. A pesar de que la investigación apoya la eficacia de la SCF por encima del tratamiento habitual (Lambert, 2015), los profesionales, especialmente aquellos que valoran altamente las prácticas relacionales, pueden preocuparse por el hecho de que la recolección de datos realizada de modo rutinario les aleje del proceso clínico. Este artículo describe un sistema SCF, el Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (PCOMS, por sus siglas en inglés; Duncan y Reese, 2015), a través de un continuum que va desde lo normativo (medición estandarizada) hasta lo comunicativo (conversacional), subrayando el origen del sistema PCOMS en la práctica clínica diaria. Los autores sostienen que el PCOMS representa un “con/y”, proveyendo una señal válida del progreso del cliente, al tiempo que facilita un proceso comunicativo apreciado de modo particular por los terapeutas familiares situados en tradiciones relacionales. El artículo presenta una discusión sobre la aplicación del sistema PCOMS en la práctica sistémica, y describe cómo este sistema actualiza los enfoques de terapia familiar que honran a la familia. Se enfatiza la importancia de dar voz a la experiencia individualizada del cliente.

Sistema de Socios para la Gestión del Cambio: un sistema para la práctica colaborativa “con/y”.

La retroalimentación sistemática del cliente (SCF, por sus siglas en inglés) se utiliza de modo creciente en diversos contextos psicoterapéuticos, para proporcionar información a los terapeutas del progreso del cliente, tanto en tiempo real como pre-post. La SCF implica la recolección rutinaria de la retroalimentación del usuario para realizar un seguimiento de su mejoría, identificar clientes en situación de riesgo, y facilitar el ajuste de la terapia para prevenir fracasos del tratamiento. La necesidad de esta SCF se basa en hallazgos que indican que muchos clientes abandonan la terapia de modo prematuro (Swift y Greenberg, 2012), o tienen resultados negativos (Reese, Duncan, Bohanske, Owen, y Minami, 2014). Además, los clínicos son demasiado optimistas sobre su efectividad (Walfish, McAlister, O'Donnell, y

Lambert, 2012), y son incapaces de predecir qué clientes tienen más probabilidades de obtener resultados desalentadores (Chapman et al., 2012). Los sistemas de retroalimentación sistemática pretenden identificar los fallos del tratamiento antes de que ocurran, dando así tiempo a los clínicos para que redirijan la terapia en dirección positiva.

La evidencia de que la SCF puede mejorar los resultados está ya sólidamente establecida. Ensayos clínicos aleatorizados (RCT, por sus siglas en inglés) y estudios de cohorte indican resultados significativamente mejores para condiciones de retroalimentación, en comparación con el tratamiento habitual en terapia individual (Lambert, 2015), de pareja (Anker, Duncan y Sparks, 2009; Reese, Toland, Slone y Norsworthy, 2010), familiar (Cooper, Stewart, Sparks y Bunting, 2012) y grupal (Schuman, Slone, Reese y Duncan, 2014; Slone, Reese, Mathews-Duvall y Kodet, 2015). El creciente conjunto de evidencias llevó al grupo presidencial de trabajo de Tratamientos Basados en la Evidencia de la Asociación Americana de Psicología (2006) a recomendar que los clínicos recolectaran datos de modo rutinario, y que utilizaran los datos reportados por los clientes sobre el tratamiento. Al mismo tiempo, el grupo de trabajo en competencias centrales de la Asociación Americana de Terapia Familiar y de Pareja aconsejó a los terapeutas que solicitaran y usaran la retroalimentación del cliente a lo largo del proceso terapéutico (Nelson et al., 2007).

Dos sistemas de retroalimentación sistemática del cliente, el Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (PCOMS, por sus siglas en inglés; Duncan y Reese, 2015) y el Outcome Questionnaire System (OQ; Lambert, 2015) están incluidos en el Registro Nacional de Prácticas y Programas basados en la Evidencia de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Solo el sistema PCOMS ha demostrado mejoras significativas en resultados con parejas y familias. El sistema PCOMS (Anker et al., 2009; Duncan y Sparks, 2002), la metodología basada en la evidencia del uso de la Escala de Calificación de Sesión (Outcome Rating Scale, SRS, por sus siglas en inglés; Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud, 2003) y la Escala de Calificación de Sesión (Session Rating Scale, SRS, por sus siglas en inglés; Duncan et al., 2003), involucran de modo directo a clínicos y clientes, incluyendo a los clientes jóvenes, en un proceso continuo de medición y debate tanto del progreso como de la alianza, siendo el primer sistema que lo hace.

Los sistemas SCF con parejas y familias se encuentran en varios estadios de desarrollo (Sparks y Duncan, in press). Además del sistema PCOMS, el Inventario del Cambio en Terapia Sistémica

(Systemic Therapy Inventory Change, STIC por sus siglas en inglés) monitoriza el cambio desde una perspectiva multi-sistémica con familias, parejas e individuos (Pinsolf et al., 2015). El Sistema de Retroalimentación Contextualizada (Contextualized Feedback Systems, CFS, por sus siglas en inglés; Bickman et al., 2011) es un sistema en modo web de mejora continua de la calidad, y diseñado para su uso con jóvenes en tratamiento de salud mental. El sistema de Resultados Clínicos en Evaluación Rutinaria (Clinical Outcomes in Routine Evaluation, CORE, por sus siglas en inglés; Barkham et al., 2001), realiza el seguimiento del cambio en servicios psicológicos generalistas; el sistema de Resultados Clínicos en Evaluación Rutinaria de Jóvenes (Young Person's Clinical Outcomes in Routine Evaluation, YP-CORE, por sus siglas en inglés; Twigg et al., 2009) expande la aplicación del sistema CORE a los jóvenes y familias. El CORE Sistémico (Systemic CORE, SCORE, por sus siglas en inglés; Stratton, Bland, Janes y Rask, 2010) está diseñado específicamente para documentar el sistema de salud y el progreso a lo largo de la psicoterapia. El OQ (Lambert, 2015) también incluye el Youth Outcome Questionnaire (YOQ; Dunn et al., 2005) que permite la identificación de jóvenes descarrilados o que no van por el buen camino. Para muchos sistemas SCF, los iPads o tabletas enlazan a aplicaciones en modo web que proporcionan gráficos sobre el progreso y alertas para clientes en riesgo.

Los sistemas SCF pueden ser considerados como dentro de un continuum. Un extremo enfatiza la medición normativa y, el otro, la comunicativa (Duncan y Reese, 2015; Halstead, Youn y Armijo, 2013). Estas dimensiones son típicamente contempladas de manera marcadamente diferente. El extremo normativo refleja la visión del paradigma positivista de que las estructuras universales subyacen en el comportamiento humano, y por tanto se pueden encontrar y medir (Sales y Alves, 2012). El extremo comunicativo representa las creencias constructivistas (Neimeyer y Mahoney, 1995) y del construccionismo social (Gergen, 1985; MacNamee y Gergen, 1992) de que la realidad es construida por la manera en que la gente percibe e interactúa con los demás y sus entornos. Así, los métodos normativos se dirigen a localizar a los individuos dentro de una población mediante la repetición de mediciones estandarizadas, mientras que los enfoques comunicativos usan instrumentos personalizados para proporcionar un entendimiento profundo de las inquietudes, objetivos, y experiencias específicas de las personas.

Cuando se contemplan de manera estrictamente normativa, los SCF pueden representar la antítesis del porqué muchos terapeutas de parejas y familias eligen su profesión. Para éstos, la representación interpersonal que se lleva a cabo en cada sesión es algo sagrado; reducirlo a

gráficos y banderas rojas en una pantalla de ordenador es poco menos que un sacrilegio. La historia del campo de la terapia familiar -desde los primeros teóricos de la comunicación, hasta las uniones estructurales y estratégicas, el diálogo sobre soluciones, las conversaciones colaborativas, y las narrativas que desarrollan los clientes- se ha centrado mayormente en un proceso interactivo. Este giro comunicativo puede considerarse en conflicto con el llamamiento a demostrar la evidencia científica y los resultados del campo mediante protocolos de medición sistemática; la recogida e interpretación continua de datos de múltiples fuentes podrían interpretarse como una distracción importante del “verdadero trabajo”. Cuando se contemplan en oposición, los procedimientos normativos y comunicativos pueden llevar a una encrucijada polarizadora y potencialmente paralizante para los terapeutas, educadores, y legisladores.

Este artículo describe un sistema SCF, el Partners for Change Outcome Management System (Sistema de Socios para la Gestión del Cambio, PCOMS, por sus siglas en inglés; Duncan, 2014), como una manera de mejorar los resultados y fomentar procesos interpersonales idiosincráticos que, creemos, constituyen la esencia de una terapia efectiva. A pesar de que se ha escrito mucho sobre el PCOMS -sus componentes, el proceso, y la investigación-, esta es la primera elaboración de la convergencia de dos intereses tradicionalmente incompatibles en el sistema: el proceso clínico y la medición de resultados, detallando específicamente la conexión de la tradición de la terapia familiar y los métodos del SCF para abordar las demandas de la práctica clínica moderna. Describimos la manera en que el PCOMS se desarrolla desde sus orígenes comunicativos hasta ser un sistema que cumple con los objetivos normativos principales. Examinamos con mayor profundidad la aplicabilidad del PCOMS en la terapia familiar y de pareja, y sugerimos específicamente que se trata del resultado lógico en la evolución de este campo. Finalmente, ofrecemos a los/as terapeutas sistémicos una manera para realizar su práctica “con/y” sin sacrificar los beneficios del SCF ni los procesos relacionales fundamentales.

Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (PCOMS)

El PCOMS (Duncan, 2012) es un sistema SCF de mejora continua de la calidad diseñado para hacer seguimiento del cambio en el cliente y la alianza terapéutica en cada sesión. El sistema se creó para ofrecer una opción válida y viable de alerta a los clínicos de los clientes que se desvían del camino esperado por ambos, dando tiempo para responder de tal manera que se evite el fracaso del tratamiento. Una de las marcas distintivas del sistema es el valor que

otorga a la voz del cliente y a la integración e interpretación colaborativa de las calificaciones en las conversaciones terapéuticas en curso.

Contexto histórico

Las medidas de los resultados y la retroalimentación de los sistemas surgieron en mayor medida de una investigación psicométrica rigurosa y la voluntad de evitar el fracaso del tratamiento o de guiar la intervención desde una ideología de tratamiento específica. En cambio, el PCOMS (Duncan, 2014) empezó desde la práctica clínica rutinaria, y con un afán por privilegiar al cliente en el proceso terapéutico. En el momento en que Michael Lambert introdujo por primera vez la recogida de las observaciones de los clientes a mediados de los años noventa (Lambert, 2015), el segundo autor adoptó esta idea como un desarrollo radical - una metodología que rutinariamente situaba la construcción del éxito del cliente, su visión del progreso terapéutico como fue descrito en la autoevaluación del Outcome Questionnaire 45 de Lambert (OQ45; Lambert et al., 2004), en el centro de la terapia. Proporcionó un camino para hacer realidad lo que Duncan, Solovey y Rusk (1992) llamaron servicios clínicos “dirigidos por el cliente”. Su demanda de terapias dirigidas por el cliente surgió de un respaldo empírico para los factores comunes (Lambert, 1986) combinado con una concurrencia ecléctica de ideas sobre la terapia familiar a nivel histórico: 1) pragmatismo centrado en problemas según el Enfoque Interaccional del Instituto de Investigación Mental (MRI, Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974); 2) activación del recurso para el usuario de la Terapia Breve Centrada en la Solución (de Shazer et al., 1986); y 3) creación conjunta del significado de los Sistemas de Lenguaje Colaborativo (Anderson y Goolishian, 1988) -todos ellos descritos en los artículos emblemáticos publicados en *Family Process*-. Duncan y sus colaboradores abogaron por un uso más institucional de la visión del cliente en lo que respecta a las razones para el servicio (la teoría del cambio del cliente), así como también sobre lo que constituye el éxito, para maximizar los efectos del factor común (principalmente los factores que tienen que ver con el cliente y la alianza) y aumentar la colaboración del cliente.

La retroalimentación sistemática logró que el concepto de “dirigido por el cliente” se hiciera realidad, un proceso centrado y transparente que respetase la perspectiva del cliente sobre el resultado y la alianza. El PCOMS surgió, así, de un intento de poner de manifiesto lo que realmente importaba en los resultados de la terapia, una serie de valores sobre el privilegio del cliente, y una visión interaccional y lingüística de los problemas y su solución. Desde estos orígenes, así como de las preocupaciones en relación a la viabilidad de mediciones más largas,

nacen la Escala de Resultados (Outcome Rating Scale, ORS, de ahora en adelante; Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claude, 2003) y la Escala de Sesión (Session Rating Scale, SRS, de ahora en adelante; Duncan et al., 2003), que fueron desarrollados conjuntamente. Posteriormente, basándose en dos años de práctica privada y en múltiples supervisiones de equipo en una clínica comunitaria de terapia familiar, Duncan creó el proceso clínico de usar el ORS y el SRS y así lo detalló en Duncan y Sparks (2002). Con el tiempo, se evidenció que las familias serían incapaces de beneficiarse de los protocolos de retroalimentación si estos no incluían mediciones para los niños, lo que dio origen a la Escala Infantil de Resultados (Child Outcome Rating Scale, CORS, de ahora en adelante; Duncan, Sparks, Miller, Bohanske y Claud, 2006) y a la Escala Infantil de Sesión (Child Session Rating Scale, CSRS, de ahora en adelante; Duncan, Miller y Sparks, 2003).

Mediciones

Los cuatro instrumentos principales que componen el set básico de medición PCOMS, el ORS, SRS, CORS, y CSRS (Figura 1), son una escala visual consistente en cuatro líneas de 10 cm. El ORS y el SRS se usan con adultos y adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. Los niños de entre 6 y 12 años usan el CORS y el CSRS. Los cuidadores adultos proporcionan retroalimentación de su niño o adolescente a cargo mediante el CORS o el ORS, según la edad del niño. Debido a esta voluntad de crear un sistema viable para la práctica clínica diaria, los instrumentos del PCOMS son breves, y generalmente requieren entre 3 y 5 minutos para su administración, calificación y comentario (Duncan, 2014). Las cuatro líneas de 10 cm del ORS tienen un total de 40 puntos, 3 sobre los dominios principales evaluados por el OQ45 (*Individualmente*, *Interpersonalmente*, y *Socialmente*), y un cuarto, *General*. *Individualmente* captura el malestar personal del cliente o su bienestar; *Interpersonalmente*, las relaciones significativas de los clientes; y *Socialmente*, el trabajo, colegio, amistades del cliente, y otras áreas sociales. Cuanto más baja es la calificación, más elevado es el malestar. El CORS mantiene los mismos dominios, pero usa un lenguaje apropiado para la edad del grupo al que se dirige: *Yo*, *Familia*, *Colegio*, y *Todo*, con emoticonos sonrientes o enfadados a cada extremo de la línea, para facilitar su comprensión.

El SRS, al igual que el ORS, fue diseñado para facilitar la monitorización rutinaria y fomentar las conversaciones terapéuticas que dan importancia a la experiencia de la terapia que tiene el cliente. Este instrumento también consta de cuatro líneas de 10 cm: *Relaciones*; *Objetivos y Cuestiones*; *Enfoque o Método*, y *General*, que evalúan la visión de los clientes de la alianza

terapéutica según la definición clásica de Bordin (1979). El CSRS monitoriza las visiones de niños entre 6 y 12 años en 4 dominios, *Escuchar; Cómo es de importante; Qué hicimos, y General*, de nuevo con emoticonos sonrientes o enfadados en cada extremo. El SRS/CSRS fomenta todo tipo de retroalimentación por parte del cliente, positiva y negativa, creando así un espacio seguro para que los clientes puedan dar voz a sus opiniones más honestas sobre su conexión con el terapeuta, con el objetivo específico de identificar las fracturas en la alianza antes de que afecten negativamente al resultado.

Los ORS/CORS se administran al principio de cada sesión, ya sea mediante papel y lápiz, o con iPads y tabletas. Los clientes hacen una marca o mueven el cursor en cada línea según su percepción sobre cómo les está yendo (o su percepción de cómo le está yendo a su niño/a) en cada dimensión del ORS o CORS. Los SRS y CSRS se administran durante los últimos 5 minutos de una sesión.

Proceso

El PCOMS no consiste en administrar mecánicamente unas mediciones, sino que más bien se trata de un proceso sutil de control mediante el ORS, que sirve de base para iniciar las conversaciones. Con el PCOMS, la involucración del cliente es rutinaria y esperada; las calificaciones del ORS son compartidas y comentadas abiertamente inmediatamente después de que se recojan. Dada la transparencia de la medición de las calificaciones y del debate posterior, el sistema proporciona un punto de referencia entendido mutuamente y definido por el cliente para las razones por las que se busca el servicio, el progreso, y el enganche. Las escalas visuales con esta formulación abierta, permiten a los clientes evaluar sus niveles generales de malestar sin las limitaciones de aspectos teóricos específicos o que se deriven del terapeuta. Las especificidades de ese malestar se despliegan en el momento en que los clínicos invitan a los clientes a otorgar significado a sus calificaciones. Desde este punto de partida, la conversación clínica evoluciona hacia una representación específica definida por el cliente acerca de la razón o razones para el servicio.

Componentes normativos

Según Lambert (2015), un sistema SCF viable requiere tres componentes: una medición fiable y válida del cambio del cliente, una señal definida normativamente para la notificación de clientes en riesgo, y la monitorización continua del progreso durante el tratamiento. Estos

aspectos aseguran que el sistema cumple la tarea de identificar clientes que se han desviado del camino esperado por ambos, a tiempo para poder tomar medidas correctivas.

Parámetros de medida.

A pesar de su brevedad, los múltiples estudios de validación del ORS (Bringhurst, Watson, Miller y Duncan, 2006; Campbell y Hemsley, 2009; Miller et al., 2003), así como los estudios de eficacia, han revelado que el ORS genera calificaciones fiables. Los coeficientes alfa han oscilado entre los .87 y .91 en los estudios de validación, y entre .83 (Anker et al., 2009; terapia de pareja) y .92. (Stone et al., 2015; terapia de grupo) en estudios clínicos. Asimismo, Duncan et al. (2006) presentó alfas de .93 en adolescentes que estaban en el ORS, y de .84 para niños/as en el CORS. La investigación sugiere que el ORS genera calificaciones válidas como medida de malestar general. Tres estudios encontraron pruebas de la validez concurrente para el ORS comparando las calificaciones del ORS con las del OQ (Bringhurst et al., 2006; Campbell y Hemsley, 2009; Miller et al., 2003). El promedio de las correlaciones bivariadas fue de .62 (en un rango de .53-.74; Gillaspay y Murphy, 2011). El ORS también ha demostrado correlaciones de moderadas a fuertes con medidas basadas en síntomas y diagnóstico, por ejemplo, el Symptom Checklist-90-Revised (Derogatis, 1992; $r = .57$; Reese et al., 2009) y el Patient Health Questionnaire 9 (Kroenke et al., 2001; $r = .72$; DeSantis, Jackson, Duncan y Reese, 2016). Otros tres estudios demostraron que las calificaciones reflejan resultados concretos de los tratamientos. Anker et al. (2009) observaron que las parejas con calificaciones ORS más altas tras el tratamiento tendían a permanecer juntas en el seguimiento de seis meses. Schuman et al. (2015) afirman que los soldados en activo que presentaban calificaciones post-ORS más altas, recibían calificaciones conductuales más elevadas por parte de su comandante. Según Reese et al. (2017), los clientes hospitalarios que lograban un verdadero cambio presentaban menor tendencia a ser nuevamente ingresados. El CORS también demuestra una validez concurrente moderada ($r = .43$) en comparación con el YOQ; el ORS para adolescentes es bastante similar al YOQ ($r = .53$). Se ha determinado que el ORS y el ORS/CORS para adolescentes y niños son sensibles al cambio en las muestras clínicas, y estables en las muestras no clínicas, lo que prueba la validez del constructo.

El SRS también presenta evidencia de generar calificaciones válidas y fiables. Gillaspay y Murphy (2011) informaron que la consistencia interna media de las calificaciones de SRS en cinco estudios diferentes, era de .92 (rango .88 – .96). Las calificaciones de SRS también muestran evidencia moderada para la validez concurrente con otras medidas de alianza; $r = .48$ con el

Helping Alliance Questionnaire-II (Duncan et al., 2003), $r = .63$ con el Working Alliance Inventory (WAI; Campbell & Hemsley, 2009), y $r = .65$ con el WAI–Short Revised (WAI-S, Reese et al., 2013). La validez predictiva de las calificaciones del SRS ha sido respaldada por dos estudios. Duncan et al. (2003) halló una correlación de $r = .29$ entre calificaciones iniciales y resultados del SRS, lo que es consistente con la investigación previa sobre alianza-resultado. Más recientemente, Anker et al. (2010) reportaron que las calificaciones en la tercera sesión del SRS predecían el resultado más allá del cambio sintomático precoz ($d = 0.25$).

Identificación de clientes en riesgo. Varios sistemas han desarrollado tecnologías de Internet que permiten la introducción y el análisis de las calificaciones de los clientes, aunque no todas contienen un mecanismo especializado en la rápida identificación de los clientes que no están mejorando al nivel de lo esperado (Sparks y Duncan, in press). Los datos recogidos mediante el PCOMS se pueden vincular a un archivo Excel, un sistema de historiales médicos electrónicos existente, o un servicio web comercial como por ejemplo Better Outcomes Now (BON) (<https://betteroutcomesnow.com>). Inmediatamente después de que los clientes introduzcan sus calificaciones en un dispositivo manual, BON muestra un estado del cliente en relación a la respuesta esperada al tratamiento (ETR, por sus siglas en inglés) (figura 2) y determina de manera normativa cortes clínicos (25, ORS para adultos; 28, ORS para adolescentes/cuidadores; y 28, CORS, para niños/cuidadores en el CORS). La calificación total inicial en el ORS del cliente genera una línea ETR que se basa en algoritmos derivados de la amplia administración del instrumento. Toda la información normativa es de fácil acceso en artículos publicados (disponibles en www.betteroutcomesnow.com) y es pública, excepto los algoritmos que generan el ETR.

La respuesta esperada al tratamiento (ETR) en el sistema web BON sirve como un mapa de caminos mediante un medidor de progreso, que informa sobre el porcentaje del ETR alcanzado en cada sesión, y que alerta a los clientes y a los técnicos sobre cuándo deberían preocuparse. Los gráficos plasman las posiciones de los clientes relativas al corte clínico, un indicador importante del nivel de malestar inicial del cliente así como también una referencia para el progreso del cliente. Una mejora de 6 puntos o más indica un cambio fiable, y un movimiento que vaya por debajo de la nota de corte, o bien que se sitúe por encima de dicha calificación de corte (de angustiado a no angustiado), supone un cambio clínicamente significativo. (Jacobson y Truax, 1991). Como mínimo, esta información ayuda a los profesionales y supervisores a priorizar sus esfuerzos y planificar estrategias para la intervención. Y lo que es

más importante todavía, las banderas rojas llaman la atención a la necesidad de debatir de forma inmediata nuevas direcciones con los clientes que se han desviado del camino marcado previamente por ambos. En caso de calificaciones no electrónicas, el cambio fiable y clínicamente significativo ofrece parámetros estándar no registrados que se pueden usar para monitorizar el progreso de los clientes.

Monitorización continua. Las alertas de clientes que están fallando son de poca utilidad si esos clientes han abandonado el tratamiento. La evidencia muestra de manera continuada que la mayoría de clientes realizan un cambio temprano, normalmente en 8 sesiones (Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen y Nielsen, 2009); la ausencia de la percepción un progreso temprano por parte de los clientes aumenta la posibilidad de abandono. Identificar a los clientes que no mejoran, y hacerlo a tiempo de cambiar de dirección, requiere la monitorización de la retroalimentación del cliente desde la primera sesión y, posteriormente, de manera continua. Así, la viabilidad del sistema, aunque no sea en sí misma una dimensión normativa, es crucial. Si no, los profesionales y clientes pueden ser reacios a dedicar su tiempo y esfuerzo a ello. Se han constatado indicios de una sublevación por parte de la plantilla cuando se requiere a los clínicos que administren instrumentos prolongados de manera rutinaria (Hanlon, 2005). En respuesta a la pregunta de cuándo una medición es demasiado larga, Duncan y Reese (2013) contestan: “cuando los profesionales no quieren usarla” (p. 136).

Además de la facilidad y rapidez en la administración, la monitorización rutinaria del progreso del cliente implica la percepción de los terapeutas y clientes de que el proceso es clínicamente significativo (Duncan y Reese, 2013). Es evidente que, si un sistema no se percibe como útil, probablemente los profesionales y sus clientes no lo usarán o, si se les obliga a hacerlo, lo usarán de manera intermitente y con escaso entusiasmo. El PCOMS pretende ser un instrumento para iniciar conversaciones, invitar a los clientes a contar más cosas de su historia para aumentar la comprensión del terapeuta sobre la perspectiva y situación vital del cliente, y potenciar la conexión con el cliente; no es “otro papel”, ni tampoco se trata de utilizar tiempo en otras cosas que no sean lo que los clientes y terapeutas valoran por encima de todo (Duncan, 2014). Con el PCOMS, la recogida de datos y la conversación terapéutica se fusionan, incrementando así la probabilidad de que los profesionales lo usen de manera rutinaria.

Componentes comunicativos

El PCOMS representa una desviación de formulaciones conducidas por expertos que tratan de clasificar el malestar del cliente y los problemas de sus vidas desde un punto de vista teórico o sintomático. En lugar de eso, los clientes son empoderados para resaltar sus puntos de vista sobre el malestar/bienestar, re-enfocando la terapia hacia la construcción individualizada del problema y la construcción de la solución, alejándose de las opciones basadas en el diagnóstico, la sintomatología o el funcionamiento normativo. A diferencia de otros instrumentos validados sobre resultados, los ORS/CORS no son un listado de síntomas o problemas verificados por los clientes en una escala Likert; no se trata de una elección forzada ni están orientados a los síntomas. Más bien se trata de un instrumento que se individualiza con cada cliente, para representar su experiencia idiosincrática, así como las razones por las que acude al servicio. Los principales aspectos de la vida representados en los ORS/CORS ofrecen solo un marco de vida, un esqueleto de la experiencia del ser humano, al que los clientes añaden la carne y sangre de su experiencia de vida, mediante la conversación terapéutica. Por ejemplo, la escala interpersonal podría representar el conflicto con un novio, o preocupaciones en relación a un padre enfermo; la escala social podría incluir un reciente despido de trabajo, o estrés en el colegio/instituto. Al relatar sus historias, los clientes dan color a los detalles más específicos de sus situaciones de vida únicas.

El PCOMS, desde sus inicios, fue diseñado para ser transparente en todos los sentidos, y para promover la colaboración con los clientes en todas las decisiones que afectan a su cuidado. Indagar en y honrar la perspectiva de los clientes sobre si la terapia es beneficiosa es central en este trabajo. Este proceso comunicativo comienza con una comprensión compartida del propósito de la terapia. Los clientes se puntúan a ellos mismos, dando como resultado una calificación que solo ellos pueden interpretar; llegados a este punto, la co-construcción del significado comienza. El terapeuta provee puntos de referencia (cortes clínicos, respuesta esperada al tratamiento) obtenidos de una base de datos normativa, para contextualizar el puntaje del cliente y validar su experiencia (por ej., “Las personas que puntúan en esto bajo tienden a pasarlo mal en esto, ¿cómo encaja eso en tu caso?” o bien, “Has puntuado como las personas que están buscando un cambio, ¿es eso cierto?”), pero el cliente es el árbitro final sobre qué significa la calificación y qué reporta sobre su vida. Las dimensiones libres de contenido de las medidas del PCOMS permiten a los clientes describir el significado de sus calificaciones sin restricciones teóricas preconcebidas o basadas en síntomas. Así, el reporte del cliente retiene la riqueza de la vida real, incluyendo las historias únicas que contextualizan sus dilemas.

Las conversaciones generadas por las calificaciones de los clientes en los ORS/CORS son oportunidades para los terapeutas de preguntar sobre las razones del cliente para acudir al servicio, ver los factores precipitantes y contextuales, el impacto del problema en la vida del cliente, y pensamientos sobre direcciones generales para la resolución del problema. Los clientes habitualmente puntúan más bajo en la escala que representa la razón para el servicio, y el terapeuta les invita a comenzar desde ahí (o desde cualquier otro lugar que consideren útil). El terapeuta conecta deliberadamente la conversación del cliente sobre las razones para el servicio con cómo ha contestado en el ORS, en relación a una marca específica en un determinado dominio o escala. Esto ayuda al cliente y al terapeuta a definir colaborativamente un punto de partida, una comprensión compartida del problema, el enfoque que prefiere el cliente en la terapia, y cómo será el éxito.

En el momento en que el cliente conecta las marcas en el ORS con las situaciones que han hecho que busque ayuda, el ORS se torna una medida significativa del progreso, y una potente herramienta clínica, calibrada en relación a sus circunstancias idiosincráticas. El terapeuta puede entonces preguntar “¿Qué crees que te hará mover tu marca tan solo un cm a la derecha; qué es necesario que suceda aquí dentro y allá afuera?” Este tipo de preguntas, inspiradas en la terapia breve centrada en soluciones (por ej., Berg y de Shazer, 1993), permite que las calificaciones se conviertan en trampolines para el cambio. Las conversaciones subsiguientes solo pueden revitalizar la esperanza y la creencia de los clientes en su capacidad para efectuar un cambio significativo, dándoles energía para convertirse en activistas, en lugar de pacientes pasivos, potenciando los factores del cliente en la resolución de las dificultades. Tras la primera sesión, la comparación de las calificaciones más recientes del cliente con aquellas de sesiones anteriores (resaltadas en gráfico si se utiliza la calificación electrónica, o bien graficadas a mano), responde la pregunta “¿Están mejor las cosas o no?”. Los clientes que no responden como se esperaba son, así, comprometidos en el proceso, mientras se buscan colaborativamente nuevas direcciones. Cuando las calificaciones del ORS se incrementan, los terapeutas empoderan el cambio ayudando a los clientes a ver las ganancias como resultado de sus propios esfuerzos, tal como aboga la terapia centrada en soluciones.

Se produce una discusión más importante cuando las calificaciones del ORS no se están incrementando. El PCOMS pretende estimular a todas las partes interesadas en la reflexión y discusión de las implicaciones de continuar un proceso que rinde pocos o ningún beneficio. Aunque se dirige a cada reunión en la que aparentemente no se está produciendo ningún

cambio, en estas últimas sesiones adquiere mayor importancia, y se justifica una acción adicional -lo que hemos denominado *conversaciones de verificación y debates de última oportunidad* (Duncan y Sparks, 2002). Las conversaciones de verificación tienen lugar entre la tercera y la sexta sesión, y los debates de última oportunidad, entre la sexta y la novena sesión. Este proceso se ajusta a las trayectorias observadas en entornos ambulatorios, que sugieren que la mayor parte de clientes que obtienen beneficios, habitualmente reflejan el cambio en 3-6 sesiones (Duncan, 2014); si el cambio no se nota para entonces, el cliente está en riesgo de obtener un resultado negativo. Si no se produce cambio en las sesiones 6-9 aumenta la urgencia, y de ahí el término “última oportunidad”.

Se logra una identificación más matizada de los clientes en riesgo al comparar los progresos del cliente en relación con la respuesta esperada al tratamiento (ETR, por sus siglas en inglés), disponible en los productos de software (ver Figura 2). La progresión de la conversación con clientes que no están obteniendo beneficio va desde hablar sobre *si* se debería hacer algo diferente, hasta identificar *qué* puede hacerse de modo diferente. El PCOMS hace que la falta de cambio sea imposible de ignorar, empujando tanto al terapeuta como al cliente a la acción. El proceso de notar cambios o no notar ningún cambio que requiere el PCOMS es continuo, se trata de un diálogo evolutivo entre terapeuta y cliente, que promueve la evolución de nuevos significados (Goolishian y Anderson, 1987). El proceso lingüístico se ayuda mediante puntos normativos de referencia. El cambio confiable y clínicamente significativo proporciona métricas útiles para evaluar las ganancias observadas en la conversación con los clientes. Cuando los clientes alcanzan una meseta o el máximo beneficio posible del servicio, la conversación evoluciona a la planificación para continuar el cambio fuera de la terapia. Todo es negociable, y todo está abierto a una re-evaluación. Los números nunca dictan la acción, sino que más bien informan la conversación.

Cada conversación sobre el cambio o sobre la falta de cambio supone una ocasión para desplegar y expandir experiencias, construir nuevos significados y descubrir nuevas avenidas a partir del dilema del cliente. El PCOMS esencialmente sirve de comunicación catalítica, en la que el cliente y el terapeuta se comprometen en una conversación que evoluciona constantemente, sobre el estatus del problema del cliente y del rol de la terapia en ayudar a resolverlo. El PCOMS se torna una potente herramienta para mantener la conversación en marcha (Goolishian y Anderson, 1987), facilitando todas las ideas espontáneas, conexiones,

planes, observaciones, resoluciones y nuevas identidades que emergen cuando dos o más personas hablan juntas en una habitación, y lo denominan terapia.

Uso con parejas y familias

El PCOMS se crea por la preocupación de que un sistema de retroalimentación complicado no sería usado fuera de ambientes de investigación controlados (Duncan, 2014; Sparks y Duncan, 2010). El tiempo de administrar, puntuar y comentar las calificaciones del cliente utilizando PCOMS se amplía si hay múltiples clientes en la habitación, aunque generalmente se utiliza solo durante unos minutos al final de la sesión. Se aplican procedimientos y valores similares a los que subyacen en el PCOMS, tanto en la práctica sistémica como en el trabajo individual, incluidos: el deseo de conocer la perspectiva de cada persona; la transparencia; el uso de las calificaciones de los clientes para comprender sus experiencias de vida, y la monitorización y el fortalecimiento de la alianza terapéutica (Duncan y Sparks, 2014).

El PCOMS se ha utilizado y estudiado ampliamente con parejas y familias. El primer ensayo clínico aleatorizado (RCT) del PCOMS se llevó a cabo con parejas (Anker et al., 2009). El *Norway Couple Trial* (Ensayo de Parejas de Noruega) se realizó con 205 parejas euro-escandinavas, heterosexuales, que buscaban asesoramiento relacional, siendo el ensayo más amplio realizado hasta la fecha. Las parejas fueron asignadas de modo aleatorio a dos grupos - retroalimentación (PCOMS) o tratamiento habitual (TAU)-. Anker et al. (2009) evidenciaron que los clientes en situación de PCOMS alcanzaron un cambio clínicamente significativo casi cuatro veces mayor que las parejas que no recibieron esta retroalimentación, y el porcentaje de parejas en las que ambos individuos consiguieron cambios confiables y/o clínicamente significativos fue más del doble (50,5% vs 22,6%). En el seguimiento a 6 meses, el 47,6% de las parejas en la condición PCOMS informaron de cambios confiables y/o clínicamente significativos, en comparación con el 18,8% de las que recibieron tratamiento habitual (TAU). La condición de retroalimentación no solo mantuvo su ventaja en el seguimiento a los 6 meses, sino que, además, consiguió una ratio de separación/divorcio un 46% más baja. Reese, Tolan, Slone, y Norsworthy (2010) replicaron el estudio de Anker et al. con parejas estadounidenses, y obtuvieron prácticamente los mismos resultados. Los resultados, en general, se duplicaron, y las parejas en la condición PCOMS experimentaron cambios clínicamente significativos cuatro veces mayor (que las de tratamiento habitual).

La investigación también apoya el uso del PCOMS con niños/as. Utilizando un diseño de cohortes, comparando resultados en escuelas con niños de entre 7-11 años, sus padres y profesores, Cooper, Stewart, Sparks, y Bunting (2012) evidenciaron que el asesoramiento en la escuela incorporando el PCOMS se asociaba con amplias reducciones de malestar psicológico en los menores (N=288). Además, la comparación de las calificaciones de cuidadores y profesores en la medida británica estandarizada denominada “the Strengths and Difficulties Questionnaire” (SDQ, por sus siglas en inglés; Goodman, 2001), que se puede traducir como “cuestionario de fortalezas y dificultades”, reveló una ventaja aproximada, al completar el SDQ, de dos veces el tamaño del efecto (ES) en el cuidador -cuando se utilizó el PCOMS-, y un pequeño pero significativo beneficio en el profesor.

Este conjunto de estudios da soporte a la efectividad del PCOMS con parejas y familias. El *Norway Couple Trial* generó una serie de estudios utilizando sus datos, así como datos recopilados en otro lugar adicional (N=500; ver: Anker, Owen, Duncan y Sparks, 2010; Anker, Sparks, Duncan, Owen y Stapnes, 2011; Owen, Duncan, Anker y Sparks, 2012; Owen, Duncan, Reese, Anker y Sparks, 2014) para abordar los problemas del terapeuta y de la alianza en la terapia de pareja, así como las experiencias de los clientes de terapia de pareja (ver Sparks, 2015, para una profunda discusión de los estudios de pareja de Noruega, así como sus implicaciones para la práctica). En resumen, ambas alianzas, tanto la individual como la de pareja, predijeron resultados; la alianza predijo resultados más allá del cambio temprano; la alianza y la experiencia específica en terapia de pareja explicaron la mayoría de las diferencias entre terapeutas; los objetivos de la pareja para la terapia predijeron resultados y, finalmente, la mayor parte de clientes (el 83% de parejas con el objetivo de mejorar su relación) valoraron positivamente el uso del PCOMS.

Cuando se administran medidas de PCOMS con parejas, ambos miembros de la pareja puntúan su propio ORS al principio de cada sesión, así como su visión de la alianza con el SRS al final. Luego, el terapeuta muestra los formularios en papel o pantallas portátiles para todos lo vean, incluidos los gráficos generados automáticamente que representan el progreso (o la falta de progreso) más allá de la primera sesión. Este proceso es paralelo al de realizar preguntas simples de apertura de sesión, que piden a cada persona que diga cómo lo están haciendo, o indagar sobre percepciones de una determinada sesión antes de que finalice. El PCOMS, de todos modos, provee el beneficio añadido de disponer de una evaluación métrica válida de la experiencia del cliente para resaltar y reforzar estas discusiones.

Las calificaciones de diferentes miembros del sistema pueden coincidir o no -eso no es noticia para un terapeuta sistémico experimentado-. El sistema pone de relieve la discrepancia de calificaciones, proporcionando una entrada fácil en conversaciones que pueden explorar el significado de esas diferencias. Por ejemplo, las calificaciones decrecientes en los dominios interpersonal y general del ORS registrados por una esposa y madre que recientemente se reunió con su familia tras una breve separación, pueden contrastar con calificaciones bruscamente elevadas del marido en esos mismos dominios. La conversación resultante llevó a la esposa a revelar su insatisfacción con el horario de trabajo de su esposo, y con la desigualdad existente en la crianza de los hijos, así como los requisitos y tareas que su vida hogareña juntos conllevaba para ella. A partir de esta discusión, se formó un objetivo mutuo - encontrar un modo de estar juntos en familia, mientras se equilibraban las necesidades individuales de cada uno.

Cuando se reúnen familias enteras, los terapeutas usan papel y lápiz con todos los miembros, múltiples dispositivos electrónicos o un dispositivo compartido. Para mantener la integridad de la señal de alerta y los datos sobre resultados, el padre/cuidador puntúa en relación a su hijo/a o adolescente con el que se está trabajando, y la calificación del niño/adolescente (o las calificaciones en caso de varios menores) se introducen en el sistema electrónico, de nuevo para asegurar esas prontas señales de clientes en riesgo.

La logística de administración del PCOMS con familias debería resultar familiar a los terapeutas acostumbrados a la complejidad del trabajo familiar. Como ejemplo, veamos la siguiente situación. En una primera sesión, un padre puntuó sobre su hijo de 8 años, Max, en el CORS, en el rango que denotaba malestar, mientras Max y su madre puntuaron un poco por debajo de la nota de corte. El terapeuta puso en la pantalla de su iPad las 3 calificaciones a la familia, abriendo así la conversación acerca de las divergencias y convergencias de los diferentes puntos de vista. El padre describió cómo se le llamaba a menudo desde el colegio, por causa del comportamiento desafiante de su hijo. Para la madre, cuyo trabajo requería que viajara con frecuencia, estas llamadas eran preocupantes, si bien las consideraba menos urgentes. Cuando estaba en casa, ella y su hijo disfrutaban yendo al parque, jugando a video juegos y mirando películas juntos. Se preguntó a Max cómo pensaba que su profesor le puntuaría, y admitió que su calificación sería menor en el ámbito escolar. Cuando el terapeuta preguntó a cada miembro de la familia si aquel ámbito necesitaba mejorar para que ellos sintiesen que la terapia era exitosa, todos estuvieron de acuerdo. En una reunión con los padres, la indagación

del terapeuta acerca de las diferencias entre las calificaciones de ambos llevó al padre de Max a revelar su sentimiento de soledad como padre, llevándoles a plantear objetivos para mejorar su comunicación e involucrarse conjuntamente en la disciplina de su hijo.

Un gran valor del PCOMS en el trabajo sistémico es su capacidad para iniciar conversaciones acerca de puntos de vista discrepantes de modo objetivo y no culpabilizante. La indagación del terapeuta en relación a las diferencias en las calificaciones del CORS en el ejemplo anterior permitió iniciar el desarrollo de objetivos mutuos, así como de modos de medir el éxito. Una navegación efectiva del terapeuta en las diferencias en la familia debería verse reflejada en las calificaciones del SRS, permitiendo al terapeuta la oportunidad de recalibrar su trabajo consecuentemente. La transparencia del proceso de PCOMS establece un espacio donde todos los puntos de vista son respetados (en su pluralidad), y los significados son co-explorados; una sensibilidad continua en relación al punto de vista único del cliente; un espacio centrado en datos objetivos y válidos, que permite el diálogo, la emergencia de soluciones mutuas, y la construcción de una red de seguridad para evitar el fracaso del tratamiento.

CON / Y

Dado su origen comunicativo, el campo de la terapia familiar tiende a incluir a muchos profesionales que valoran la interacción interpersonal por encima de “números”, y que tal vez se sienten incómodos incorporando sistemas de medida en su práctica profesional. Al mismo tiempo, las terapias sistémicas han virado de un modo decidido hacia la práctica basada en la evidencia, y los clínicos suelen apreciar, asimismo, la guía que proveen las mediciones confiables y válidas. Tanto los clínicos que tienden al aspecto normativo como los que siguen el enfoque comunicativo, así como los programas y agencias, parecen considerar que deberían utilizar tecnologías de medición validadas para rendir cuentas, especialmente para con sus clientes (Sparks, Kisler, Adams y Blumen, 2011).

Consideramos que el PCOMS ofrece un punto de reconciliación para aquellos que desean incorporar esta retroalimentación sistemática (SCF), sin comprometer sus sólidas convicciones sobre los valores del proceso relacional. El PCOMS comenzó inicialmente como una medida clínica. Las medidas se desarrollaron para impulsar la conversación terapéutica sobre progreso y la alianza, así como para operacionalizar el privilegio del cliente en la determinación de la naturaleza y el estatus de estas variables. Los ensayos clínicos aleatorizados (RCT) y las psicometrías no eran el objetivo final. Los números en el ORS y en el SRS no tenían significado

normativo, y solo se relacionaban con las específicas circunstancias del cliente. Con el paso del tiempo, se han publicado diferentes estudios psicométricos (por ej., Duncan et al., 2003; Duncan et al., 2006; Miller et al., 2003), se han completado cinco RCTs, dando como resultado la designación del PCOMS como una práctica basada en la evidencia (Anker et al., 2009; Reese et al., 2009; Reese et al., 2010; Schuman et al., 2014; Slone et al., 2015), se ha llevado a cabo un estudio de cohortes con menores, cuidadores y profesores (Cooper et al., 2012), dos estudios comparativos han demostrado su efectividad en salud comportamental pública (Reese et al., 2014; Reese et al., 2017), y cientos de miles de administraciones se han analizado para crear trayectorias esperadas de respuesta al tratamiento.

El PCOMS pone en marcha conceptos pioneros de terapia familiar, y esto incrementa la posibilidad de su aceptación por profesionales con formación sistémica. Por ejemplo, el PCOMS identifica rápidamente cuándo la solución al problema se torna un problema, recordando la regla de oro del MRI, si no funciona, entonces haz algo diferente (Watzlawick et al., 1974). Las líneas del ORS/CORS de 0 a 10 cm proveen métricas para actualizar la escala centrada en la solución, así como una marca para denotar cambio, y para señalar los siguientes pasos a realizar (Berg y de Shazer, 1993). El modo de centrarse en el cambio impulsa a los clientes para apropiarse de y expandir su progreso. El PCOMS genera e informa diálogos que permiten el avance, creando un sistema lingüístico en el que emergen nuevos significados y avenidas para la disolución de los problemas (Anderson y Goolishian, 1988). Finalmente, este compromiso de los clientes en centrarse en sus significados idiosincráticos les invita a ellos, en lugar de a los clínicos o a los manuales de diagnóstico, a ser los autores de sus propias historias, de modo consistente con los principios clave del enfoque narrativo (White y Epston, 1990).

Tal como esta historia refleja, el PCOMS evolucionó desde un punto de partida clínico, relacional y centrado en valores, hacia una metodología empíricamente validada para la mejora de resultados y una estrategia viable de mejora de la calidad. Es decir, cambió, desde un sistema puramente comunicativo hacia uno que también era normativo -esto es, un sistema con/y-. Más que sustituir una función por otra, el PCOMS fortalece el contexto relacional y un sistema empírico de señales, uniendo así la división entre proceso y resultado (tabla 1). De este modo, continúa la conversación entre estas visiones divergentes en relación a qué campo privilegiar, tanto en el momento actual como en el futuro.

Discusión

Existe un reconocimiento creciente en cuanto al hecho de que la retroalimentación sistemática mejora los resultados. Como resultado, los estándares de la práctica, incluyendo JCAHO, CARF y COA¹, llaman a la recolección de los datos sobre resultados generados por el cliente. En respuesta, tanto los clínicos, como los gestores y educadores se enfrentan a la elección sobre el mejor modo de responder a esta petición. Estas decisiones son particularmente complejas en entornos en los que las familias o parejas son los receptores de los servicios primarios. Consideramos que una evaluación comunicativa/normativa provee de un modelo para evaluar y adoptar un sistema SCF que responda a los intereses de esos diferentes agentes implicados. De forma paralela a este debate, hay un interés creciente en medidas generadas por el cliente que consideren a los clientes expertos con una voz legítima para informar sobre el status de sus resultados. Barkham (2016) señala que si las medidas generadas por el cliente van a tener un asiento en la mesa, se necesita ser menos enfático en las propiedades psicométricas y en los instrumentos diagnósticos, y poner más atención en las cuestiones individualizadas sobre los problemas y en el cambio. Utilizando la metáfora del ancho de banda, este autor sostiene que lo que se necesita es una clara señal de alta fidelidad derivada de una medida que suene psicométricamente, y una señal individual más personalizada que tal vez tenga menos claridad (reducción de la psicometría) pero más significado para el oyente, aunque también puedan usarse otras medidas basadas en síntomas o diagnósticos, dependiendo de las necesidades del contexto concreto de que se trate.

En contraste con las medidas familiares sistémicas, que favorecen un determinado punto de vista teórico (por ejemplo, la teoría de sistemas), el PCOMS es una plataforma para privilegiar las voces únicas de los miembros de un sistema determinado. Así pues, la amplificación de visiones frecuentemente divergentes de los clientes en las aplicaciones de PCOMS de pareja y familiares proporciona a los clínicos una potente herramienta para facilitar el diálogo sistémico, y, tal y como propone la teoría de sistemas, cambiar el sistema en su totalidad. Aunque no sea una medida relacional, la congruencia o discrepancias en las calificaciones de los clientes a lo largo del tiempo ofrecen un método para debatir y evaluar el cambio relacional. Además, los datos del PCOMS se pueden agregar estadísticamente para informar los cambios sistémicos (por ejemplo, el análisis de los dos miembros de la pareja en Anker et al., 2009). Otras medidas que específicamente miden las relaciones podrían añadirse para su

¹ JCAHO, CARF y COA son entidades de acreditación para aquellas agencias que proporcionan servicios sobre salud comportamental y de abuso de sustancias en los EE.UU.

uso simultáneo, como en el Test de Ajuste Matrimonial de Locke-Wallace (Locke & Wallace, 1959) en el ensayo noruego de parejas (Anker et al., 2009).

El PCOMS no adopta ninguna teoría o enfoque concreto; es ateórico y se puede aplicar a cualquier orientación terapéutica. Sin embargo, muchos de sus componentes esenciales se inspiran en la historia e identidad de la terapia familiar. Los enfoques posmodernos que estimularon la creación del proceso PCOMS trataban de recabar, expandir e incorporar contenido generado por los clientes —ideas, valores, y objetivos— libre de cualquier restricción teórica. Incluso los tipos de preguntas recomendadas por las terapias centradas en problemas y soluciones tenían el propósito de conocer las visiones de los clientes como pilar de las direcciones y soluciones terapéuticas. La inspiración para el proceso PCOMS, por lo tanto, se basa en la generación dialógica de contenido por parte del cliente, y no en las nociones teóricas preconcebidas de normalidad e intervención necesaria. Ante esto, creemos que representa una manera de continuar con las tradiciones de la terapia familiar, mientras que se atienden las demandas para la práctica fundamentada empíricamente. Finalmente, aunque ningún sistema puede garantizar de un modo absoluto el derecho de los clientes a ser escuchados, creemos que la insistencia del PCOMS en la voz del cliente por encima de los manuales y teorías fomenta los valores de justicia social, promoviendo la práctica idiosincrática y la sensibilidad a las diferencias culturales con clientela diversa.

References

- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process, 27*(4), 371-393.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client as expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25-39). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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*(4), 693-704.
- 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.
- Anker, M., Sparks, J., Duncan, B., & Stapnes, A. (2011). Footprints of couple therapy: Client reflections at follow up using a mixed method design in routine care. *Journal of Family Psychotherapy, 22*, 22-45.
- APA Presidential Task Force on Evidence- Based Practice: Evidence-based practice in Psychology (2006). *American Psychologist, 61*, 271–285.

- 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.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., ... & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(2), 184.
- Berg, I. K., & de Shazer, S. (1993). Making numbers talk: Language in therapy. In S. Friedman (Ed.), *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. New York: Guilford.
- 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.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252-260.
- 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.
- Cannon, J. A. N., Warren, J. S., Nelson, P. L., & Burlingame, G. M. (2010). Change trajectories for the Youth Outcome Questionnaire Self-Report: Identifying youth at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*, 289–301.
- 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.
- Cooper, M., Stewart, D., Sparks, J., Bunting, L. (2012). School-based counseling using systematic feedback: A cohort study evaluating outcomes and predictors of change. *Psychotherapy Research*. DOI:10.1080/10503307.2012.735777.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedure manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gengerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process, 25*, 207-222.
- Duncan, B. L. (2014). *On becoming a better therapist: Evidence-based practice one client at a Time* (2nd ed.). American Psychological Association: Washington, DC.
- 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*(1), 3-12.
- Duncan, B., Miller, S., & Sparks, J. (2003). *The Child Session Rating Scale*. Jensen Beach, FL: Author.
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): Revisiting the Client’s Frame of Reference. *Psychotherapy, 52*(4), 391-401.
- Duncan, B., & Sparks, J. (2002). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for change*. Jensen Beach, FL: Author.

- Duncan, B., & Sparks, J. (2014). Getting better with couples, families, and youth. In B. L. Duncan, *On becoming a better therapist: Evidence-based practice one client at a time* (pp. 99-126). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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, adolescents, and caretakers. *Journal of Brief Therapy, 5*, 71-87
- Dunn, T. W., Burlingame, G. M., Walbridge, M., Smith, J., & Crum, M. J. (2005). Outcome assessment for children and adolescents: Psychometric validation of the youth outcome questionnaire 30.1 (Y-OQ[®]-30.1). *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(5), 388-401.
- 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, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(11), 1337-1345.
- Goolishian, H. A., & Anderson, H. (1987). Language systems and therapy: An evolving idea. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 24*(3), 529-538.
- 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.
- Hanlon, P. (2005). PacifiCare screening tool, policies raise concerns. *New England Psychologist, 13*, 11-12.
- 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*(1), 12-19.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. and Williams, J.B. 2001: The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine 16*, 606-13.
- Lambert, M. J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 436-462). New York: Brunner/Mazel.
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy, 52*(4), 381.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 159-172.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., . . .Burlingame, G. M. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire, 45*. Salt Lake City, UT: OQ Measures.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 21*, 251-255.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J., & Claude, 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.

- McNamee, S. & Gergen, K. J. (Eds.) (1992). *Therapy as social construction*. Newbury Park, CA: Sage.
- Neimeyer, R. A. & Mahoney, M. J. (Eds.) (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Nelson, T. S., Chenail, R. J., Alexander, J. F., Crane, D. R., Johnson, S. M., & Schwallie, L. (2007). The development of core competencies for the practice of marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 417-438.
- Owen, J., Duncan, B., Anker, M., & Sparks, J. (2012). Initial relationship goal and couple therapy outcomes at post and six month follow up. *Journal of Family Psychology*, February 13, 1-8.
- Owen, J., Duncan, B., Reese, J., Anker, M., & Sparks, J. (2014). Accounting for therapist variability in couple therapy outcomes: What really matters? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40, 488-502.
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R. E., Shimokawa, K., Latta, T. A., Goldsmith, J. Z., Knobloch-Fedders, L. M., ... & Lebow, J. L. (2015). Confirming, validating, and norming the factor structure of systemic therapy inventory of change initial and intersession. *Family process*, 54(3), 464-484.
- 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*, Vol 82(4), 731-742.
- 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.
- 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(4), 616-630.
- Reese, R.J., Duncan, B., Kodet, J., Brown, H., Meiller, C., Farook, M., Lengerich, A., Vasilij, I., Hong, S., & Bohanske, R. (2017). Patient feedback as a quality improvement strategy in an acute care, inpatient unit: An investigation of outcome and readmission rates. *Psychological Services*. <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000163>
- Sales, C., & Alves, P. C. (2012). Individualized patient-progress systems: Why we need to move towards a personalized evaluation of psychological treatments. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53(2), 115.
- Schuman, D. L., Slone, N. C., Reese, R. J., & Duncan, B. (2015). Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research*, 25(4), 396-407.
- Sparks, J. (2015). The Norway Couple Project: Lessons learned. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(4), 481-494. doi: 10.1111/jmft.12099.
- Sparks, J., & Duncan, B. (in press). Progress research in couple and family therapy. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin, *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. New York: Springer.
- Sparks, J. A., & Duncan, B. L. (2010). Common factors in couple and family therapy: Must all have prizes? In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The*

- heart and soul of change: Delivering what works* (2nd ed., pp. 357–392). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sparks, J. A., Kisler, T. A., Adams, J. F., & Blumen, D. G. (2011). Teaching accountability: Using client feedback to train effective family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(4), 452-467. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00224.x.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy, 32*(3), 232-258.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 547–559.
- Twigg, E., Barkham, M., Bewick, B. M., Mulhern, B., Connell, J., & Cooper, M. (2009). The Young Person's CORE: Development of a brief outcome measure for young people. *Counselling and Psychotherapy Research, 9*(3), 160-168.
- 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.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Tabla 1

Evaluación dimensional del Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (PCOMS)*

PCOMS: NORMATIVO	PCOMS: COMUNICATIVO
Fiabilidad de ORS/CORS: valor medio de alfa .85 (muestras clínicas) y .95 (muestras no-clínicas) en 4 estudios; alfa de ORS de .93 para adolescentes; CORS, .84 para niños de 6-12 años.	Proporciona información personal e idiosincrática sobre las preocupaciones y metas individuales del cliente, <i>desde el punto de vista del cliente</i> .
Validez concurrente ORS/CORS: moderada con el OQ, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, Escala de Calidad de Vida, PHQ9 y BDI; CORS: validez concurrente moderada con YOQ.	Sin contenido predeterminado, no basado en síntomas, y sin formato de elección forzada, que facilita conversaciones sobre las razones del cliente para el servicio y sus aspiraciones para el cambio.
Validez de constructo ORS/CORS: sensible al cambio para muestras clínicas, y estable en muestras no clínicas; distingue muestras clínicas de muestras no clínicas.	Es una herramienta clínica para desenvolver la perspectiva del cliente, sus valores, su contexto cultural y sus ideas sobre el cambio.
Fiabilidad SRS: valor medio de alfa .92-.96 en 4 estudios	Provee una metodología de asociación con los clientes, para garantizar que la voz del cliente permanece de modo central; nivela la jerarquía en la terapia.
Validez concurrente SRS: moderada con el Cuestionario de Alianza de Ayuda (HaQ); predice resultados como otras medidas de alianza	Protege el compromiso del cliente, y fortalece la alianza terapéutica.
Claros señales de no cambio y deterioro usando Better Outcomes Now (BON), basado en cientos de miles de administraciones de ORS.	La conversación sobre la falta de cambio explora posibilidades y ayuda a descubrir nuevas avenidas desde el dilema del cliente.
5 RCTs muestran superioridad en comparación con el tratamiento habitual; 2 estudios comparativos muestran su efectividad en entornos clínicos reales, tanto hospitalarios como ambulatorios, comparable con RCTs.	Ayuda a desarrollar y expandir las experiencias del cliente que conducen a nuevos significados, conexiones y planes de acción.
Listado como una práctica basada en la evidencia por la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMSHA) y en el Registro Nacional de Prácticas y Programas basados en la Evidencia (NREPP)	Invita a la discusión de puntos de vista divergentes en el counseling sistémico; provee un modo de dar una voz equitativa a todos, incluyendo a los jóvenes.

*Fuente: www.betteroutcomesnow.com

Figura 2

La Escala de Calificación de Resultado (ORS) en modo web (arriba) y el gráfico con las calificaciones de la ORS y la respuesta esperada al tratamiento (ETR) (abajo). El medidor de progreso muestra que el cliente ha obtenido menos del 50% de la respuesta esperada, lo que sugiere una conversación sobre cambiar la dirección terapéutica. Se pueden descargar copias gratuitas en 28 lenguas –incluyendo el castellano– en <https://.betteroutcomesnow.com>

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

0301 bean

Escala de Calificación de Resultado (ORS)

Considerando la última semana, incluido hoy, ayúdenos a comprender cómo se ha sentido en las siguientes áreas de su vida. Marcas 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)

Guardar Cancelar

