

MONITORIZACIÓN SISTEMÁTICA Y FEEDBACK EN PSICOTERAPIA

ROUTINE OUTCOME MONITORING AND FEEDBACK IN PSYCHOTHERAPY

Alberto Gimeno-Peón¹, Anxo Barrio-Nespereira² y Javier Prado-Abril³

¹Práctica privada, Gijón. ²Servicio de Salud del Principado de Asturias. ³Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

En el campo de la investigación en psicoterapia existe una intensa dialéctica entre el enfoque centrado en los resultados y el enfoque centrado en el proceso psicoterapéutico. La Práctica Basada en la Evidencia integra ambas posturas junto a las características del paciente y la pericia de los clínicos. De este modo, las variables de proceso tienen una mayor visibilidad en la última década. En este trabajo se aborda una de ellas: la monitorización sistemática de resultados y el uso del feedback del paciente en psicoterapia. Se realiza una presentación del tema en nuestro entorno y se ilustra mediante la exposición de 5 casos clínicos. Se revisa el estatus empírico de la cuestión, sus principales virtudes y algunos inconvenientes para su generalización en la práctica clínica.

Palabras Clave: Monitorización Sistemática de Resultados, Feedback, Pericia, PCOMS, Psicología Clínica.

There is a passionate dialectic between outcome-based and process-based psychotherapeutic approaches in the field of psychotherapy research. Evidence-based practice integrates both positions with patient characteristics and clinical expertise. Thus, process factors have had increased visibility over the past decade. This paper examines one of them: routine outcome monitoring and collecting patient feedback. The topic is presented in our context and it is illustrated by exposing five clinical cases. We review the empirical status on the topic and the main strengths and barriers for its generalization in clinical practice are discussed.

Key Words: Routine outcome monitoring, Feedback, Expertise, PCOMS, Clinical psychology.

Aunque en la actualidad la eficacia de la psicoterapia está bien establecida (American Psychological Association [APA], 2013), entre un 40% y un 60% de las personas que acuden a tratamiento no se benefician del mismo, ya sea porque abandonan de forma prematura, no mejoran durante el tratamiento o empeoran (Lambert, 2010; Lampropoulos, 2011; Shimokawa, Lambert y Smart, 2010; Swift y Greenberg, 2014). La literatura, además, muestra que este hallazgo se repite a través de los diferentes modelos y corrientes psicoterapéuticas (Imel, Laska, Jakupcak y Simpson, 2013; Wampold y Imel, 2015). Otros hallazgos reseñables de los últimos 15 años de investigación en psicoterapia se completan con el papel decisivo del paciente, que es la variable que explica el mayor porcentaje de varianza del resultado de la psicoterapia (APA, 2013; Bohart y Wade, 2013; Wampold y Imel, 2015), y la presencia de *supershrinks*, psicoterapeutas y clínicos que sistemáticamente obtienen mejores resultados que gran parte de sus compañeros de profesión (Castonguay y Hill, 2017; Chow, 2014; Okiishi, Lambert, Nielsen y Ogles, 2003; Prado-Abril, Sánchez-Reales y Inchausti, 2017). El movimiento de los factores comunes en psicoterapia, a pesar de ciertas críticas (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017), continúa siendo una línea de investigación empírica consistente, fructífera

y estimulante (Norcross, 2011). Algunas variables del proceso psicoterapéutico son más determinantes del resultado de los tratamientos psicológicos que las técnicas empleadas o el modelo de adscripción teórica (Flückiger, Del Re, Wampold y Horvath, 2018; Gimeno-Peón, Barrio-Nespereira y Álvarez-Casariago, 2018). Entre las variables de proceso que gozan de mayor apoyo empírico se encuentran la alianza terapéutica, tanto en psicoterapia con adultos como con adolescentes, y tanto en formato individual como en formato familiar-sistémico, la cohesión en terapia de grupo, la empatía del terapeuta percibida por el paciente y obtener feedback de los pacientes (Norcross y Wampold, 2011).

En adelante, se analiza de un modo preliminar en nuestro entorno la variable relacionada con la importancia de obtener y utilizar el feedback de los pacientes acerca del progreso del tratamiento psicoterapéutico. Se analizará, además, mediante la presentación de un instrumento de evaluación y monitorización concreto, el *Sistema de Gestión de Resultados: Socios por el Cambio (The Partners for Change Outcome Management System [PCOMS]; Duncan y Miller, 2008; Miller, Duncan, Sorrell y Brown, 2005; Rodrigo-Holgado, Hernández-Gómez, Díaz-Trejo, Fernández-Rozas, Andrade-González y Fernández-Liria, 2018)*. Aunque existen otros instrumentos de monitorización sistemática (véase Tabla 1), se ilustra el tópico mediante PCOMS porque es el más breve, no es un listado de síntomas y permite una sencilla cumplimentación y corrección. Estas características, en nuestra opinión, favorecen el encaje

Recibido: 12 mayo 2018 - Aceptado: 18 junio 2018

Correspondencia: Alberto Gimeno-Peón. Calle Instituto, n.º 19, 3ª D. 33201 Gijón. España. E-mail: algimeno@gmail.com



armónico de la evaluación en el seno de la relación terapéutica sin establecer una brecha tan clara entre lo que representa una sesión de evaluación (cumplimentar un cuestionario) y una de psicoterapia (procedimientos relacionales y técnicos guiados conversacionalmente). En consecuencia, PCOMS es un sistema de evaluación diseñado para conversar con los pacientes, consulta a consulta, sobre posibles dificultades en la alianza terapéutica y sobre la evolución de los resultados del tratamiento, con el fin de monitorizar sistemáticamente el proceso psicoterapéutico y ajustar el tratamiento a las necesidades y preferencias del paciente momento a momento. Se trata de un método que ha probado ser efectivo para su cometido en contextos anglosajones (Lambert y Shimokawa, 2011) y cuya utilización en la práctica clínica será ilustrada mediante la exposición de una serie de casos clínicos. Si bien un análisis de estas características no está destinado a probar teorías, es valioso en la construcción de teorías heurísticas ya que el análisis exhaustivo de una serie de casos clínicos permite la formulación de hipótesis específicas sobre los mecanismos de cambio en psicoterapia (Prado-Abril, García-Campayo y Sánchez-Reales, 2013). Por último, se discutirán las implicaciones, las limitaciones y los obstáculos asociados a la utilización de la monitorización sistemática y el feedback del paciente en la práctica clínica.

MONITORIZACIÓN SISTEMÁTICA DE RESULTADOS Y FEEDBACK: BREVE ESTADO DE LA CUESTIÓN

La *monitorización sistemática de resultados* (*Routine Outcome Monitoring* [ROM]) en psicoterapia consiste en la evaluación periódica e inmediata mediante instrumentos estandarizados del progreso, o su ausencia, a lo largo del curso del tratamiento psicológico (Lambert, 2010). Esta práctica ha mostrado ser efectiva en la reducción del número de abandonos prematuros y en la mejora de los resultados de los tratamientos, especialmente en los casos en riesgo de estancamiento o que presentan deterioro a lo largo del tratamiento (Lambert y Shimokawa, 2011; Shimokawa et al., 2010). Existen diversos sistemas de feedback para su uso en psicoterapia (véase Tabla 1), siendo

su función principal proporcionar al clínico una indicación del estado del paciente para facilitar la flexibilidad y adaptación del tratamiento a las necesidades cambiantes de los pacientes y sus procesos psicoterapéuticos.

En los meta-análisis de Shimokawa et al. (2010) y Lambert y Shimokawa (2011) se estudiaron dos métodos estandarizados que obtuvieron resultados favorables y prometedores: el *Sistema de Gestión de la Calidad de la Psicoterapia basado en el Cuestionario de Evaluación de Resultados* (*Outcome Questionnaire Psychotherapy Quality Management System*; Lambert, 2010; Lambert et al., 2004) y el, anteriormente mencionado, PCOMS (Duncan y Miller, 2008; Miller et al., 2005). El meta-análisis realizado por Shimokawa et al. (2010) abarca una muestra de 6.151 pacientes evaluados con el *Cuestionario de Evaluación de Resultados* (*Outcome Questionnaire* [OQ-45.2]; Lambert et al., 2004; von Bergen y de la Parra, 2002) como medida de monitorización sistemática de resultados y compara las condiciones tratamiento habitual con y sin feedback. En el grupo con feedback, en contraste con el grupo sin feedback, se reduce cerca de un 50% la probabilidad de que los pacientes experimenten deterioro y se incrementa hasta 2.6 veces la probabilidad de obtener una mejoría clínicamente significativa. Por su parte, el meta-análisis de Lambert y Shimokawa (2011) muestra resultados similares cuando se utiliza como sistema de monitorización y feedback PCOMS. Los pacientes del grupo con feedback presentan 3.5 veces más probabilidades de mejorar y la mitad de posibilidades de presentar deterioro durante el tratamiento. PCOMS también ha mostrado un rendimiento consistente en terapia de pareja (Anker, Duncan y Sparks, 2009), terapia de grupo en abuso de sustancias (Schuman, Slone, Reese y Duncan, 2015), en cuidados paliativos (Etkind et al., 2015) y en población infanto-juvenil (Cooper, Stewart, Sparks y Bunting, 2013).

Por su particularidad, es oportuno citar también el meta-análisis de Sapyta (2004, manuscrito no publicado; citado en Sapyta, Riemer y Bickman, 2005). En este estudio se analizaron los resultados de 30 ensayos clínicos controlados en entor-

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LOS PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE MONITORIZACIÓN SISTEMÁTICA DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Nombre del instrumento y referencia original	Abreviatura	Dimensiones	Nº ítems	Fiabilidad (α de Cronbach)	Validación española
Outcome Questionnaire-45.2 (Lambert et al., 2004)	OQ-45.2	Síntomas, Relaciones interpersonales, Rol social	45	.93	Traducción y validación en población chilena (von Bergen y de la Parra, 2002)
Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (Evans et al., 2002)	CORE-OM	Bienestar subjetivo, Problemas/Síntomas, Funcionamiento, Riesgo	34	.94	Traducción y validación en población española (Feixas et al., 2012; Trujillo et al., 2016)
Partners for Change Outcome Management System (Miller et al., 2005)	PCOMS	Escala de Evaluación de Resultados, Escala de Evaluación de la Sesión	8	.93	Traducción y validación preliminar en población española (Rodrigo-Holgado et al., 2018)



nos comunitarios sobre la efectividad del feedback en el estatus clínico de los pacientes. Si bien se obtiene un tamaño del efecto pequeño (0.21), los resultados medios al finalizar el tratamiento muestran mejores resultados en la condición con feedback que en la condición control. No obstante, el aspecto realmente atractivo del estudio de Sapyta (2004) es que constata que la efectividad varía en función del grado de discrepancia entre la visión del terapeuta de la evolución del proceso psicoterapéutico y el feedback informado por el paciente (Sapyta et al., 2005). Es decir, a mayor disparidad de criterios entre profesional y paciente, tanto más importante es la obtención y uso del feedback en los resultados al finalizar el tratamiento. Ello apoya la hipótesis de que el mecanismo que media la efectividad del uso del feedback del paciente es el ajuste posterior del terapeuta y el tratamiento a sus necesidades. En la misma línea apuntan los resultados de Chow (2014) que muestran que el número de veces que un clínico se sorprende del feedback de su paciente resulta ser un buen predictor de los resultados de la psicoterapia.

En consecuencia, la monitorización sistemática de resultados y el uso del feedback pueden ayudar a los clínicos a mejorar en su habilidad para detectar patrones de empeoramiento en sus pacientes, estancamiento, *impasses* y/o episodios sensibles de especial riesgo de abandono del tratamiento (Prado-Abril, Sánchez-Reales y García-Campayo, 2016). De este modo, se facilita la flexibilización de los procedimientos del clínico y se ajustan los tratamientos a las necesidades de los pacientes para tratar de incrementar la efectividad de los mismos. Obtener datos objetivos sobre estos frecuentes episodios de las psicoterapias es especialmente oportuno desde el conocimiento disponible acerca de la notable impericia que muestran gran parte de los psicoterapeutas para informar de forma fiable tanto sobre el deterioro de sus pacientes (Hannan et al., 2005) como sobre su propia efectividad percibida (Walfish, McAllister, O'Donnell y Lambert, 2012).

THE PARTNERS FOR CHANGE OUTCOME MANAGEMENT SYSTEM (PCOMS)

PCOMS (Duncan y Miller, 2008; Miller et al., 2005; Rodrigo-Holgado et al., 2018) es un sistema de feedback compuesto por dos escalas breves de 4 ítems, la *Escala de Evaluación de Resultados* (*Outcome Rating Scale* [ORS]; Miller y Duncan, 2000) y la *Escala de Evaluación de la Sesión* (*Session Rating Scale* [SRS]; Miller, Duncan y Johnson, 2002). ORS es una medida clínica del estado del paciente que se administra al inicio de las sesiones y, si bien tiene un formato muy breve, se basa en la misma filosofía que otros instrumentos de monitorización de resultados como el OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) y la *Medición de Resultados mediante la Evaluación Sistemática de Resultados Clínicos* (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* [CORE-OM]; Evans et al., 2002; Feixas et al., 2012; Trujillo et al., 2016). Los 4 ítems se presentan en formato de escala visual analógica y miden dimensiones referidas al malestar indi-

vidual, interpersonal, social y global. Por su parte, SRS es una medida de la alianza terapéutica basada en el modelo de Bordin (1979) y se administra al final de las sesiones. Los 4 ítems miden las dimensiones calidad del vínculo terapéutico, objetivos y temas de la sesión, el enfoque y método del terapeuta y una escala global sobre la utilidad de la sesión. Existen versiones adaptadas para el trabajo con niños, adolescentes y sus cuidadores principales (Duncan y Miller, 2008; Duncan, Sparks, Miller, Bohanske y Claud, 2006). Todas las escalas incluidas en PCOMS tienen un rango de puntuación entre 0 y 40, donde a mayor puntuación, mejor resultado: menor malestar en ORS y mejor ajuste terapeuta-paciente en SRS. Su brevedad facilita la aceptación tanto de clínicos como de pacientes, invadiendo mínimamente el espacio psicoterapéutico, y sus buenas propiedades psicométricas permiten la obtención de información fiable (Duncan y Miller, 2008; Duncan et al., 2006; Miller y Duncan, 2000; Miller et al., 2002; 2003; Rodrigo-Holgado et al., 2018). La traducción de las escalas ORS y SRS, así como sus características psicométricas en la validación española preliminar, pueden consultarse en Rodrigo-Holgado et al. (2018).

Se trata de un instrumento que funciona como un termómetro de la evolución del paciente y del estado de la alianza terapéutica permitiendo al clínico detectar rápidamente el deterioro, el estancamiento del proceso o las amenazas a la ruptura de la alianza y, en consecuencia, el riesgo de que los pacientes abandonen el tratamiento antes de tiempo. Es decir, su efectividad como medida de proceso psicoterapéutico radica en su capacidad para retener al paciente, mejorar su adherencia al tratamiento y contribuir a la persistencia en el trabajo sobre sus objetivos personales. Una de las particularidades de los tratamientos psicológicos, en contraste con otras intervenciones sanitarias, es que para ser efectivos requieren de una implicación y una agencia por parte de los pacientes que no es necesaria, por ejemplo, en una operación quirúrgica. Por ello, los instrumentos que recogen feedback del paciente y se centran en problemas de la colaboración son útiles en la práctica clínica. Monitorizar variables como la alianza terapéutica ayudan a que el paciente se mueva de una posición de objeto a otra como agente activo del proceso de cambio y a que el clínico tenga en cuenta las características, preferencias y cultura del paciente, lo cual es una parte fundamental de la Práctica Basada en la Evidencia (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Prado-Abril et al., 2017).

DEL DICHO AL HECHO: PCOMS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A continuación se exponen una serie de casos clínicos en los que se pueden observar diferentes maneras de recoger y utilizar el feedback de los pacientes en psicoterapia. La muestra clínica corresponde a la consulta privada del primero de los autores y la exposición se centra en ejemplificar el uso y aportaciones de PCOMS. Se omite cualquier información que pueda facilitar la identificación de los pacientes y algunos datos se han modificado a tal efecto.



Cuando se utilizan instrumentos de monitorización de resultados y recolección de feedback de los pacientes en psicoterapia es adecuado optar por una consigna estándar y explícita. En este trabajo se ha utilizado la siguiente adaptación de la consigna propuesta por Prescott, Maeschalck y Miller (2017): *“Al principio de cada una de las sesiones que tengamos te voy a pedir que cubras una escala. Es muy breve y no te llevará más de un minuto completarla. La vamos a utilizar para comprobar si el trabajo que vayamos haciendo juntos es útil y para monitorizar tu evolución. Del mismo modo, al final de cada sesión, te pediré que contestes a otra escala igual de breve pero que, en esta ocasión, servirá para valorar la sesión y comprobar si debemos hacer ajustes en el plan de tratamiento para atender mejor tus necesidades. Para mí es esencial captar tus necesidades y poder hacer un tratamiento a tu medida. Así que tu opinión es clave para mí y, de hecho, se sabe que utilizar estas medidas ayuda a que los tratamientos tengan más éxito. ¿Vale? Será como un termómetro de cómo vamos en el tratamiento”.*

Caso 1

Se trata de un varón de 29 años que acudió a consulta aquejado de bajo estado de ánimo, falta de motivación y baja autoestima. Se encontraba “bloqueado” a la hora de afrontar un trabajo al que no conseguía dedicar todo el tiempo que deseaba y su principal objetivo se centraba en lograr incrementar su motivación para mantenerse “activo”. El tratamiento se desarrolló a lo largo de 5 sesiones, utilizándose PCOMS en todas ellas (véase Figura 1).

En la segunda sesión se obtuvo una puntuación de 26,5 en SRS (puntuaciones inferiores a 36 son indicativas de que la sesión no ha sido todo lo buena que sería deseable; Duncan y Miller, 2008). El punto más bajo de la escala se encontró en el apartado de objetivos y temas de la sesión (4 puntos) y se dedicó un tiempo al final de la sesión para explorar este aspecto conjuntamente. El psicólogo clínico se había centrado, durante toda la hora, en repasar la historia vital del paciente tratando de completar la evaluación de la primera sesión. El paciente, por su parte, manifestó que esperaba que se hubieran dedicado a hablar de su problema actual y sobre cómo resolverlo. El clínico se mostró empático y comprensivo y ambos se emplazaron a abordarlo en la siguiente sesión. Como se puede apreciar en la figura 1, este hecho produjo cambios en el paciente. En la siguiente sesión, la tercera, el paciente se encontraba peor (véase la puntuación en ORS) pero la puntuación en SRS mejoró, especialmente en la dimensión objetivos, ya que en esta ocasión el trabajo clínico se centró en los aspectos que eran importantes para el paciente. En la cuarta sesión se produce un aumento de casi 12 puntos en ORS gracias al trabajo entre sesiones que facilitó la tercera sesión y SRS aumenta hasta puntuaciones aceptables. En la siguiente sesión se mantienen las buenas puntuaciones.

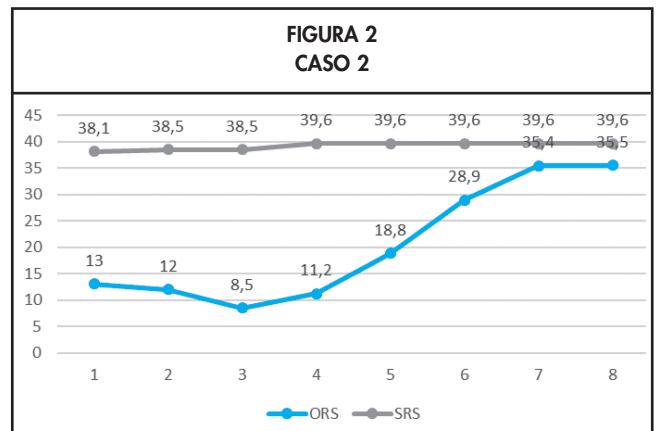
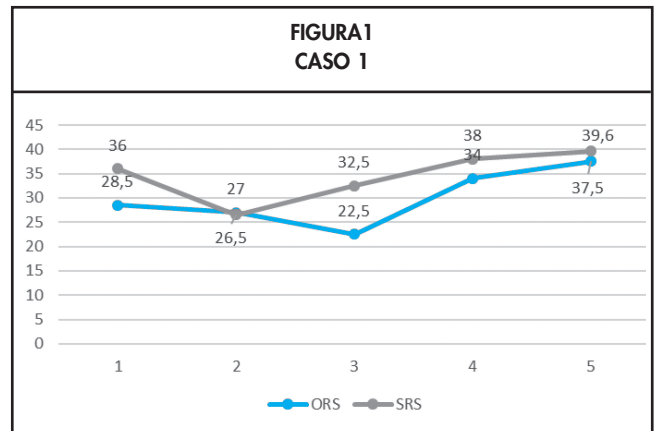
Caso 2

Varón de 31 años que acudió a psicoterapia con el objetivo de “salir de un círculo vicioso” en el que se encontraba, afectado por un episodio depresivo de varios meses de evolución. Se trabajó con él en psicoterapia durante 8 sesiones, en las cuales se utilizó PCOMS. Los resultados obtenidos pueden consultarse en la Figura 2.

En este caso, al contrario que en el anterior, los datos obtenidos en SRS indicaban que la alianza terapéutica era bastante sólida, aunque a pesar de ello no se dejó de dedicar un tiempo, al final de cada sesión, para tratar de valorar cómo de útil había sido ésta para el paciente. El tipo de feedback que resultó importante fue el proporcionado por las puntuaciones obtenidas en ORS. Hasta la tercera sesión el estatus clínico fue empeorando de manera progresiva, alertando de un posible caso de deterioro. La observación de esta evolución en los datos facilitó que el clínico se planteara un cambio de estrategia terapéutica que sirvió para modificar la tendencia de los resultados como se puede apreciar en la Figura 2.

Caso 3

Este caso se presenta no tanto desde el punto de vista del uso de PCOMS, sino para ilustrar otra situación relevante en la



prevención de abandonos en psicoterapia: *enamorarse de la hipótesis del psicoterapeuta* (un tipo de centramiento perceptivo en el que a veces incurren los clínicos) a expensas del motivo de consulta del paciente. Se trata del caso de una joven de 18 años cuyo motivo de consulta, según sus propias palabras, era la *"falta de autoestima"*. Sus resultados académicos estaban bajando, su vida social se había deteriorado y su ánimo estaba francamente decaído. El tratamiento se llevó a cabo a lo largo de 8 sesiones y sus resultados fueron monitorizados con PCOMS (Figura 3).

La información determinante en este caso fue la aportada por la paciente en la primera sesión. Unos meses antes, había acudido a la consulta de otro profesional que había desarrollado la hipótesis de que su problema estaba relacionado con su dificultad para ser autónoma y separarse de su familia de origen. La joven no había quedado demasiado satisfecha con que la terapia se enfocara de dicho modo y así lo expuso: para ella el problema central era su falta de autoestima. Se tuvo en cuenta lo que para la paciente era el foco principal de trabajo y las sesiones de centraron en dicho aspecto. Esto sirvió para que sintiera que el trabajo realizado tenía sentido con respecto a sus objetivos. Se podrá observar que, a pesar de ello, las puntuaciones en SRS no fueron lo suficientemente altas durante las primeras sesiones. Queremos detenernos en este punto para comentar un aspecto que nos parece muy importante. El tera-

apeuta que atendió a esta persona, inicialmente, llegó a la misma conclusión que el anterior profesional que la había atendido: existía un problema de dependencia con su familia de origen. Sin embargo, visto en perspectiva, creemos que una hipótesis plausible que puede explicar el abandono del primer tratamiento es que no se consideró lo que en ese momento era central para la paciente. En consecuencia, se produjeron tensiones en la alianza, se minó la colaboración, terapeuta y paciente progresivamente se fueron distanciando y, finalmente, se terminó el tratamiento (Prado-Abril et al., 2013; 2016; Safran y Muran, 2000).

Caso 4

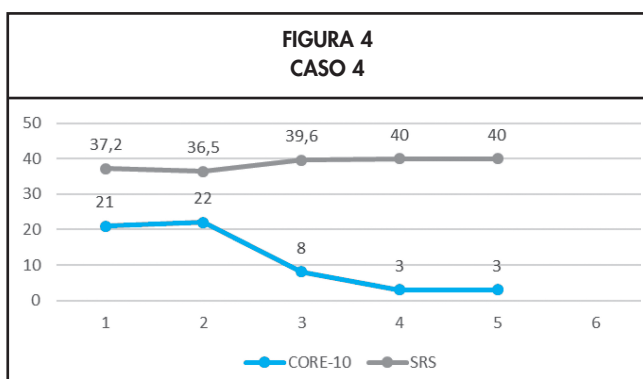
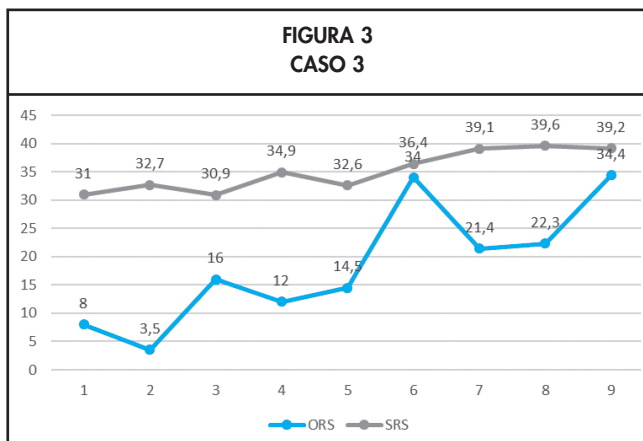
El siguiente caso ejemplifica el uso de otros instrumentos de medida que también nos permiten obtener feedback y se pueden integrar en PCOMS en función de las necesidades clínicas del caso. Para evaluar la alianza terapéutica se utilizó de nuevo la escala SRS. Los resultados del tratamiento se monitorizaron con la versión reducida de 10 ítems del CORE-OM (Feixas et al., 2012). El paciente era un hombre de 39 años que presentaba diversos síntomas de ansiedad (insomnio, tensión muscular, angustia, rumiaciones) que afectaban a su vida personal y familiar. Los problemas habían comenzado a raíz de un cambio importante en su empresa y supusieron un incremento considerable de su carga laboral. Se llevó a cabo una psicoterapia breve centrada en el desarrollo de estrategias de afrontamiento del estrés que duró 5 sesiones. Los resultados obtenidos se pueden consultar en la Figura 4.

Se decidió utilizar el CORE-OM porque al ser un inventario de síntomas parecía que podía encajar mejor con la demanda del paciente, en cierto modo centrada en lo sintomático. Además, la versión de 10 ítems, por su brevedad y facilidad de corrección, permite dar al inicio de cada sesión un feedback visual directo sobre el progreso obtenido. Nótese, al revisar la Figura 4, que a diferencia de la escala ORS, en el CORE-OM la mejoría se refleja en puntuaciones menores, por lo que la inclinación de la recta está indicando un resultado positivo.

Caso 5

La monitorización de los resultados se complica en aquellos casos en los que hay varias personas implicadas en la terapia, como sucede en este ejemplo, el de una niña de 8 años que fue llevada a consulta por sus padres por problemas de conducta en el hogar. Se aplicó PCOMS, en su versión para población infanto-juvenil, tanto a los padres como a la hija. Los resultados se muestran en la Figura 5.

Esta terapia finalizó con el abandono del tratamiento. Como se puede observar en la Figura 5, tanto las medidas de resultado como de relación no fueron buenas. El clínico que los atendió asume su responsabilidad en el desenlace ya que, a pesar de haber dedicado tiempo al feedback recibido todas las sesiones, reconoce que no tuvo en cuenta realmente sus opiniones. Por ejemplo, sin ser exhaustivos, en la última consulta a la que



asistieron, el padre informó que pensaba que el tratamiento debería haberse centrado más en la niña y no tanto en la familia. Sin embargo, el tiempo dedicado a los padres o a toda la familia fue mucho mayor que el dedicado a la niña.

DISCUSIÓN

Anteriormente se han presentado una serie de casos a modo de viñetas clínicas para ilustrar cómo los clínicos pueden recoger y obtener feedback de sus pacientes. La ilustración enfatiza el papel central que el feedback ha jugado en el desenlace de los tratamientos. No obstante, aunque el análisis que se ha realizado no permite ser concluyente sirve para mostrar que, como mínimo, en ausencia de feedback, los resultados hubieran sido diferentes. Como ocurre con la mayoría de los componentes que constituyen la pericia clínica (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Prado-Abril et al., 2017), y el uso del feedback es uno de ellos, la versatilidad y la flexibilidad en la toma de las mejores decisiones clínicas acaba haciendo de la psicoterapia una inevitable amalgama de ciencia y arte. Es en este sentido, donde se debe señalar que el feedback tendrá mayor o menor relevancia en función de cada caso y sus necesidades particulares.

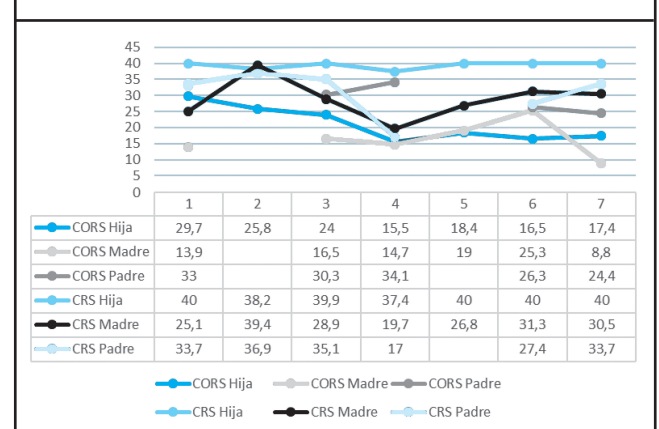
Por ejemplo, es posible que en el caso 4 en ausencia de monitorización de los resultados el curso hubiera sido el mismo. En general, en aquellos casos en los que el paciente mejora de forma progresiva, existe un buen vínculo emocional y no se producen tensiones en la relación, la psicoterapia avanza con normalidad y no parece que sea decisivo para los resultados el uso de sistemas de monitorización y feedback estandarizados. En cambio, donde el objeto de este trabajo muestra todo su potencial terapéutico es en los casos que no mejoran, se estancan y evidencian problemas en la relación terapéutica. En el caso 1, de no haber usado SRS, es posible que el clínico no hubiera notado la amenaza a la alianza (desacuerdo en los objetivos de la sesión) y se hubiera precipitado un *impasse* o una ruptura de la alianza en sesiones futuras. En cambio, pudo detectar la amenaza, abordarla con el paciente y facilitar un episodio de cambio en las sesiones sucesivas. Parafraseando a Safran y Muran (2000), lograr detectar y reparar una situación de tensión es, en sí mismo, un factor de cambio particularmente potente. Por su parte, en los casos 2 y 3 se presentaron al finalizar el proceso psicoterapéutico unas gráficas similares a las presentadas aquí (Figuras 2 y 3) a modo de feedback del terapeuta sobre el proceso. El efecto terapéutico tuvo que ver con facilitar la recapitulación sobre el propio tratamiento. Ambos pacientes pudieron identificar, observando las tendencias en ORS, lo que había sucedido en aquellas sesiones en las que se inició su proceso de cambio sintomático, facilitando la reflexión y el apuntalamiento de los aspectos trabajados.

El presente trabajo tiene algunas limitaciones que deben ser señaladas. La primera es la propia de los análisis de casos clínicos (Prado-Abril et al., 2013), aunque el objetivo aquí era esbozar y ejemplificar el uso de la monitorización sistemática y el

feedback del paciente en la práctica clínica cotidiana. En segundo lugar, es importante subrayar que PCOMS, como cualquier sistema que incluye medidas de auto-informe, está sujeto a fuentes de error como la simulación, la deseabilidad social, las tendencias de respuesta y la influencia de las diferencias individuales en variables de personalidad (Austin, Deary, Gibson, McGregor y Dent, 1998). Además, la proximidad que promueve entre clínico y paciente puede acentuar alguno de estos sesgos. Es una medida muy breve y quizás simplificada de la evolución clínica y la calidad del estado de la alianza y requiere, en el momento actual, de más estudios e investigaciones centradas en poblaciones clínicas heterogéneas que permitan vislumbrar cuando es la medida más idónea respecto a otras alternativas. Por último, todavía no existe una validación estandarizada en español y aunque los datos preliminares son positivos proceden de una muestra pequeña y cabe considerarlos todavía una primera aproximación (Holgado-Rodrigo et al., 2018).

Respecto a los obstáculos para la generalización de esta práctica basada en la evidencia se encuentran, desde el principio, las propias resistencias de los profesionales. Esta práctica implica dudar sobre la eficacia del propio desempeño fomentando la auto-crítica y el escrutinio interno del terapeuta, y aunque el trabajo de Nissen-Lie et al. (2015) relaciona dichas dudas con mejores resultados al finalizar el tratamiento, también es cierto que supone una experiencia incómoda que conduce a no pocos terapeutas a rechazar la medida. En este sentido, son especialmente ilustrativos los hallazgos de Goldberg et al. (2016). Este trabajo describe el caso de una agencia de salud donde se realiza un proyecto de mejora y presenta diversos resultados transcurridos 8 años desde la implementación de las medidas de calidad. El proyecto, sucintamente, consistía en que los clínicos de la agencia desarrollaran la cultura de monitorizar sus resultados obteniendo feedback de su rendimiento y nivel de desempeño. El proyecto no pretendía ser punitivo y, de hecho, incluía medidas de supervisión y entrenamiento específicas de feedback con el objetivo de me-

**FIGURA 5
CASO 5**



mejorar los resultados de los profesionales y de la agencia de salud. La medida, con el paso de los años, demostró ser efectiva para mejorar los resultados de los tratamientos y la satisfacción de los usuarios. Sin embargo, uno de los datos más llamativos fue que a los cuatro meses de iniciarse el proyecto el 40% de la plantilla había abandonado la organización. Parece que como colectivo somos, todavía, algo escrupulosos ante el hecho de rendir cuentas sobre nuestro rendimiento. Aunque también cabe señalar, especialmente en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, donde los autores han realizado su formación y ejercen principalmente, que la presión asistencial, la falta de incentivos y la precariedad laboral no ayudan a implementar medidas de trabajo tan sistemáticas. En cualquier caso, nosotros pensamos que tratar de saber donde nos encontramos en nuestro nivel de desempeño, con más o menos constricciones coyunturales y estructurales, y centrarnos en aprender de nuestros errores es lo que nos ayuda a mejorar en nuestra práctica clínica. Al mismo tiempo, nuestros pacientes merecen que se visibilice nuestra forma de trabajar, nuestra efectividad (o su ausencia) y cuáles son las mejores prácticas clínicas disponibles.

El segundo gran obstáculo viene condicionado por lo que en el campo se conoce como la lealtad al modelo terapéutico de adscripción. Si bien no se puede trabajar sin un modelo, éstos son heurísticos más que estrictas rutas a las que adherirse de forma implacable. Por ejemplo, retomando el caso 3, los dos profesionales que atendieron a la paciente concluyeron en una formulación clínica de corte sistémico. Sin embargo, hipotetizamos que uno forzó su modelo de trabajo y el otro lo puso en suspensión y trabajó con los motivos de la paciente. Del mismo modo, en el caso 5, las mejores evidencias recomiendan la idoneidad de trabajar con los padres (e.g., Scott, 2008), sin embargo dicha decisión clínica no produjo los mejores resultados. En ocasiones, los modelos, cuando se adoptan sin matices, nos hacen olvidar el acto interpersonal que constituye la psicoterapia y que si bien los tratamientos basados en la evidencia son eficaces, no lo son menos las condiciones que permiten o posibilitan que lo sean. Hay que adaptarse a las necesidades de los pacientes, prepararlos, madurar las relaciones terapéuticas, monitorizar las variables de proceso que sean claves para cada caso y luego proceder como corresponda. Tanto en el caso 3 como en el caso 5, como en la mayoría de psicoterapias de cierta duración, hubiera acabado por ser oportuno y objeto de las sesiones las relaciones familiares. En suma, olvidar el amplio contexto que rodea la aplicación de tratamientos basados en la evidencia en el marco de una relación terapéutica puede precipitar las decisiones del clínico y conducir al fracaso terapéutico.

En conclusión, monitorizar la evolución de los resultados y atender al feedback de los pacientes, en muy variadas situaciones clínicas, es útil e influye en los resultados de los tratamientos. Para ello, PCOMS es un sistema estandarizado que ofrece diversas ventajas. Es breve, su aplicación y corrección no supone más de dos minutos, presenta adecuadas propiedades psi-

cométricas y se encuentra en proceso de validación en español con resultados preliminares prometedores. Por otro lado, facilita que se desarrollen otros ingredientes terapéuticos que han probado ser factores comunes basados en la evidencia y que se relacionan con una alianza terapéutica de calidad (Norcross, 2011). Dedicar tiempo a comentar los resultados de las escalas con el paciente propicia la colaboración, pone el acento en los objetivos de los pacientes promoviendo su agencia, ayuda a establecer consensos y metas compartidas, contrasta las perspectivas del clínico y del paciente facilitando la capacidad empática del primero y, finalmente, minimiza las rupturas en la alianza o, de producirse, encamina a trabajar en su reparación.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Los autores declaran que los procedimientos seguidos para la presentación del presente trabajo siguieron las directrices éticas de la Declaración de Helsinki. Todos los pacientes fueron informados exhaustivamente sobre la naturaleza del presente trabajo, firmaron el pertinente consentimiento informado y cedieron el uso de sus datos clínicos.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

Queremos rendir tributo con este humilde trabajo a la memoria del Profesor Jeremy D. Safran, traumáticamente perdido para el campo mientras se escribía este manuscrito. Sus ideas e innovaciones permanecerán en los psicoterapeutas centrados en la relación.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy, 50*, 102-109.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271-285.
- Anker, M. G., Duncan, B. L. y Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 693-704.
- Austin, E. J., Deary, I. J., Gibson, G. J., McGregor, M. J. y Dent, J. B. (1998). Individual response spread in self-report scales: Personality correlations and consequences. *Personality and Individual Differences, 24*, 421-438.
- Bohart, A. C. y Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Ed., pp. 219-257). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252-260.



- Castonguay, L. G. y Hill, C. E. (Eds.) (2017). *How and why are some therapists better than others?* Washington, DC: American Psychological Association.
- Chow, D. (2014). *The study of supershrinks: Development and deliberate practices of highly effective psychotherapists* (Tesis Doctoral). Curtin University, Australia. Recuperado de: <https://espace.curtin.edu.au/handle/20.500.11937/45>
- Cooper, M., Stewart, D., Sparks, J. y Bunting, L. (2013). School-based counseling using systematic feedback: A cohort study evaluating outcomes and predictors of change. *Psychotherapy Research*, 23, 474-488.
- Duncan, B. L. y Miller, S. D. (2008). *The Outcome and Session Rating Scales: The revised administration and scoring manual, including the Child Outcome Rating Scale*. Chicago, IL: Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Duncan, B. L., Sparks, J. A., Miller, S. D., Bohanske, R. T. y Claud, D. A. (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, 66-82.
- Etkind, S. N., Daveson, B. A., Kwok, W., Witt, J., Bausewein, C., Higginson, I. J. y Murtagh, F. E. (2015). Capture, transfer, and feedback of patient-centered outcomes data in palliative care populations: Does it make a difference? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49, 611-624.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, J. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S.,... y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23, 109-135.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. y Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*. Advance online publication. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>.
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Álvarez-Casariago, M. T. (2018). Psicoterapia: Marca registrada [Psychotherapy: Trademark]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38, 131-144.
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L.,... y Wampold, B. E. (2016). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53, 367-375.
- González-Blanch, C. y Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces [Cage up Dodo, please! The tale of all psychotherapies being equally effective]. *Papeles del Psicólogo*, 38, 94-106.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. y Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163.
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M. y Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 394-404.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D. R., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C.,... y Burlingame, G. M. (2004). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire)*. Orem, UT: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J. y Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48, 72-79.
- Lampopoulos, G. K. (2011). Failure in psychotherapy: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 1093-1095.
- Miller, S. D. y Duncan, B. L. (2000). *Outcome rating scale*. Chicago, IL: Authors.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. y Johnson, L. (2002). *Session rating scale*. Chicago, IL: Authors.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A. y Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R. y Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 199-208.
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C. y Monsen, J. T. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 48-60.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98-102.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. y Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Prado-Abril, J., García-Campayo, J. y Sánchez-Reales, S. (2013). Funcionamiento de la terapia cognitivo-interpersonal en los trastornos de la personalidad: Estudio de dos casos [Efficacy of interpersonal-cognitive therapy in personality disorders: Two cases]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 139-149.
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales y García-Campayo (2016). Dificultades en el manejo cognitivo-interpersonal del trastorno narcisista de la personalidad: Estudio de caso [Difficulties in



- interpersonal-cognitive management of narcissistic personality disorder: A case study]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25, 317-325.
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. y Inchausti, F. (2017). En busca de nuestra mejor versión: Pericia y excelencia en Psicología Clínica [Searching for our best version: Expertise and excellence in Clinical Psychology]. *Ansiedad y Estrés*, 23, 110-117.
- Prescott, D. S., Maeschalck, C. L. y Miller, S. D. (2017). *Feedback-Informed Treatment in clinical practice: Reaching for excellence*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rodrigo-Holgado, I., Hernández-Gómez, A., Díaz-Trejo, S., Fernández-Rozas, J., Andrade-González, N. y Fernández-Liria, A. (2018, Mayo). *Adaptación Española de la Outcome Rating Scale (ORS) y de la Session Rating Scale (SRS)*. Primeros resultados. Póster presentado en las XVIII Jornadas de ANPIR, Zaragoza, España. Recuperado el 5 de junio de 2018 de: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbXhcmNoaXZvc2RlcHNpY290ZXJhcGlhfGd4OjZmZjAzYTdiZWE0YjY5NTY>
- Safran, J. D. y Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford.
- Sapyta, J., Riemer, M. y Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 145-153.
- Schuman, D. L., Slone, N. C., Reese, R. J. y Duncan, B. (2015). Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research*, 25, 396-407.
- Scott, S. (2008). An update on interventions for conduct disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 61-70.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J. y Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298-311.
- Swift, J. K. y Greenberg, R. O. (2014). *Premature Termination in Psychotherapy: Strategies for Engaging Clients and Improving Outcomes*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C.,... y Corbella, S. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457-1466.
- von Bergen, A. y de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación [OQ-45.2, An outcome questionnaire for monitoring change in psychotherapy: Adaptation, validation and indications for its application and interpretation]. *Terapia Psicológica*, 20, 161-176.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. y Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110, 639-644.
- Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd Ed). New York, NY: Routledge.