

# EVALUACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE INVESTIGACIÓN ORIENTADA POR LA PRÁCTICA PARA EL DESARROLLO DE UN SISTEMA DE FEEDBACK EN PSICOTERAPIA

## EVALUATION OF A PRACTICE-ORIENTED RESEARCH DEVICE FOR THE DEVELOPMENT OF A FEEDBACK SYSTEM IN PSYCHOTHERAPY

Malenka Areas, Andres Roussos,  
Hugo Hirsch, Pablo Hirsch, Paolo Becerra  
y Juan Martín Gómez Penedo

### Resumen

*El objetivo del presente trabajo es exponer y evaluar las experiencias involucradas en el desarrollo de un dispositivo de Investigación Orientada por la práctica, con el fin de crear un recurso que sirva tanto para la clínica como para la investigación. Un equipo interdisciplinario conformado por directivos de una clínica, terapeutas e investigadores diseñó en conjunto un dispositivo de monitoreo de resultados y feedback para terapeutas, que permite recabar datos periódicos del estado de los pacientes y brindar información a los terapeutas sobre su evolución. El Sistema de Evaluación de Tratamientos (SET) está conformado por cinco preguntas orientadas a evaluar procesos de evolución general del paciente. El SET cuenta con sistemas de alertas que adviertan al terapeuta, mediante un procedimiento sencillo, respecto de situaciones que podrían ser importantes para repensar el tratamiento de los pacientes. Este sistema de alarmas incluye: Alertas para supervisar, alerta para implementar maniobras de cierre y alerta para dar el alta a los pacientes. En este artículo se evalúa el proceso de trabajo interactivo entre clínicos e investigadores y su resultado, en términos de las fortalezas y debilidades del dispositivo clínico desarrollado, tanto para captación de datos, con fines clínicos y de investigación, así como también en aspectos relacionados con la sustentabilidad en el tiempo de dicho dispositivo. Finalmente, se discute el valor de un trabajo integral entre estos actores y se plantean obstáculos observados a lo largo del proceso y soluciones tentativas para los mismos.*

**Palabras clave:** Investigación Orientada por la práctica, Feedback, Sistema de Evaluación de Tratamientos (SET).

### Abstract

*The aim of the current study is to expose and evaluate the experiences involved in the development of a Practice Oriented Research device in order to create a resource helpful for both: clinicians and researchers. An interdisciplinary team of managers of a clinic, therapists and researchers designed together a device for monitoring results and feedback for therapists which allows collecting periodic data of the patient's status and providing information about their evolution. The Treatment Evaluation System (SET) consists of five questions aimed at evaluating the general evolution of the patient. The SET has an alert system which warns the therapist, through a simple procedure, regarding situations that could be important to reconsider about the treatment of each patient. This alarm system includes: Alerts to monitor, alert for implementing closing interventions and alert to discharge patients. This article evaluates the interactive work process between clinicians and researchers and its results, in terms of the strengths and weaknesses of the clinical device developed for data collection, for clinical and research purposes, as well as aspects related to the sustainability over time of said device. Finally, we discussed the important of an integral work between these actors and obstacles observed throughout the process and tentative solutions for them are raised.*

**Key words:** Practice Oriented Research - Feedback – Treatment Evaluation System (SET).

Recibido: 26-10-17 | Aceptado: 10-03-18

El debate sobre la distancia que existe entre los resultados de la investigación en psicoterapia y su comprensión y uso por parte de los terapeutas nos acompaña hace décadas (Elliot, 1983; Luborsky, 1972; Orlinsky y Howard, 1978). Por un lado, la mayoría de los clínicos no consumen ni están en contacto con los resultados de las investigaciones, especialmente porque sus revistas y el lenguaje usados les son ajenas (Caspar, 1997). Por el otro, los investigadores tienden a tener una agenda independiente de las necesidades que los clínicos manifiestan (Goldfried et al., 2014). De esta forma se construye un conocimiento que en ocasiones no es aplicable a la práctica (Castonguay, Youn, Xiao, Muran y Barber, 2015).

Estas consecuencias son parte de un proceso bidireccional que se retroalimenta, en donde los clínicos se alejan de la investigación y los esfuerzos del trabajo de los investigadores se desperdicia.

El contexto latinoamericano, lejos está de ser inmune a estas problemáticas. Como afirma Krause (2011), aquellos que ejercen el oficio de la psicoterapia, tienen desde los inicios de su formación una escasa exposición a los resultados de investigaciones empíricas. Detallando que son los textos conceptuales los de mayor popularidad para la enseñanza clínica en la región, por sobre los papers científicos. Por su parte, de la Parra (2013) realizó una encuesta a clínicos de más de 18 países de Latinoamérica, observando que el 64% de los terapeutas latinoamericanos indicaron haber participado alguna vez en el proceso de una investigación, y manifestando aquellos que nunca lo habían hecho falta de tiempo, interés, financiación y dedicación exclusiva a la clínica.

Dentro de las soluciones que existen para este escenario poco auspicioso, la Investigación Orientada por la Práctica (POR, su sigla en inglés), se presenta como un nuevo paradigma a la hora de pensar la forma de hacer investigación clínica, buscan saldar estos desencuentros (Castonguay y Muran, 2015). Este modelo no busca que los investigadores hagan estudios que les interesen a los clínicos, ni que los clínicos hagan investigación por su cuenta, sino que fomenta una sinergia entre clínicos e investigadores, en un proceso de enriquecimiento mutuo. De esta manera, se busca que las piezas de información recabadas, sirvan tanto a los fines de la investigación como a fines terapéuticos, y que tanto los clínicos como los académicos participen de las decisiones metodológicas y procedimentales para la realización de los proyectos (Pincus, 1997). Durante este proceso, las perspectivas e ideas de cada una de las partes se ven mutuamente enriquecidas, ya que puede permitir que cada uno de los interlocutores piense por fuera de sus marcos clásicos.

Este trabajo conjunto favorece, por un lado, que los investigadores construyan investigaciones afianzadas en intereses clínicos y, por el otro lado, que los clínicos puedan recolectar información confiable para uso clínico (Castonguay et al., 2015; Zarin, Pincus, West, y McIntyre, 1997).

A pesar de las ventajas de esta propuesta, podemos también encontrar una serie de problemáticas asociadas a esta modalidad de trabajo. Para comenzar, las tareas que envuelve esta práctica a veces resultan irrelevantes para los terapeutas en su trabajo clínico, como puede ser el completar cuestionarios, solicitar sistemáticamente a los pacientes que ellos los completen, entre muchas posibles tareas (Castonguay et al., 2015). Por otra parte, la gestión de las relaciones entre los miembros de las redes de trabajo implica esfuerzo y tiempo, lo que suele ser un obstáculo relevante (Castonguay et al., 2015). También se suma la necesidad de un apoyo financiero permanente y sostenible, lo cual no siempre existe (Barkham, 2014).

Al pensar en el contexto latinoamericano, algunas de estas dificultades pueden presentar formas específicas. Por ejemplo, Fernández Álvarez, Gómez y García (2015) señalaron como una dificultad para la realización de estos proyectos colaborativos, la falta de motivación con la que a veces cuentan los clínicos de la región para participar, debido a que el tiempo que invierten no implica una retribución monetaria.

La POR en el campo de la Salud Mental se ha aplicado en una gran diversidad de contextos, tales como ensayos clínicos controlados, estudios basados en poblaciones naturales, análisis secundarios de bases de datos, entre otros métodos (Barkham, 2014). Dentro de esta amplia gama de metodologías, uno de los ámbitos en donde la POR puede tener un especial potencial es en el monitoreo de resultados y su utilización para brindar *feedback* a los terapeutas (Castonguay et al., 2015).

El *feedback* como recurso clínico es un elemento esencial en el proceso de la psicoterapia y un importante contribuyente para el resultado de la misma (Clairborn y Goodyear, 2005). Si bien un gran porcentaje de aquellos que realizan un tratamiento terapéutico muestran mejoras (Lambert, 2013), entre un 5-10% de los pacientes sostienen haber empeorado a causa del tratamiento (Lambert y Ogles, 2004). Además, los clínicos suelen tener una percepción demasiado optimista sobre el progreso de sus pacientes, que no suele coincidir con la de estos últimos (Walfish, McAlister, O'Donnell, y Lambert, 2012). Por estas razones, el monitoreo de la evolución clínica de los pacientes sesión a sesión y su comunicación a los terapeutas, en forma de alertas, en caso de desviaciones a las expectativas del tratamiento, podría ser un recurso valioso para el contexto clínico (Lambert, 2004).

A partir de los dispositivos de *feedback*, los terapeutas pueden ser más sensibles a las necesidades idiosincráticas del paciente, en caso de estar advertidos de que sus tratamientos no tienen el éxito que pretenden (Shimokawa, Lambert y Smart, 2010).

Si bien se han realizado numerosas investigaciones con metodología de POR, basados en modelos de *feedback*, la gran mayoría fueron desarrolladas en Estados Unidos y Europa. El siguiente trabajo busca presentar un proyecto basado en el espíritu del POR, para el diseño y utilización de un dispositivo de monitoreo de re-

sultados y *feedback* a terapeutas, en la Argentina.

Pese al gran volumen de prestaciones clínicas psicoterapéuticas que se llevan adelante en nuestro país (Alonso y Klinar, 2015), la proporción de investigaciones empíricas en psicoterapia que se realiza es escasa. A su vez, se observa en el contexto argentino y latinoamericano un déficit aún mayor de interacción entre psicoterapeutas e investigadores que el que se observa en otros países en donde la POR ha tenido mayor desarrollo, lo que implica un obstáculo principal para la realización de este tipo de investigaciones.

Un dispositivo POR como el realizado en este estudio, representaría también un primer paso hacia la construcción de Redes de Práctica para la Investigación (*Practice Research Networks*, PRN), las cuales, tal como señala Barkham (2014), implican la recolección y colaboración de aquellos dedicados a la práctica clínica con los que conducen las investigaciones. Estas redes proveen los mecanismos adecuados para estudiar a los distintos actores del proceso terapéutico, es decir a pacientes, a terapeutas, a sus tratamientos y a los resultados de los mismos. Otro aspecto fundamental de las PRN es que permiten generar y analizar sets de información más confiables y válidos para la realización de las investigaciones, ya que, como describe el autor, posibilitan evidencias empíricas tanto del ámbito de la investigación como de la clínica.

La experiencia plasmada en este artículo, presenta una forma particular de hacer POR, en donde un centro clínico se acerca a investigadores y en conjunto intentan desarrollar e implementar un instrumento para poder medir la evolución de los pacientes. Al mismo tiempo, se produce información para investigación que sirve para refinar y mejorar el recurso clínico.

En síntesis, el objetivo de este trabajo es presentar la experiencia del desarrollo de un dispositivo POR en el contexto argentino, para la creación un recurso conjunto clínico y de investigación, analizando sus fortalezas y debilidades, así como su sustentabilidad en el tiempo.

### **Características del centro clínico y el dispositivo terapéutico**

El Centro Privado de Psicoterapias (CPP), es un centro de gestión privada orientado a brindar un servicio de psicoterapia para pacientes con problemáticas variadas, en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Casabianca y Hugo Hirsch, 2009). El mismo, utiliza un modelo de tratamiento basado en terapia breve focalizada en la resolución de problemas (Solution-Focused Brief Therapy [SFBT]; de Shazer et al., 1986, de Shazer y Berg, 1997), y orientado a la consecución de objetivos terapéuticos pactados inicialmente con el paciente. Esta modalidad de tratamiento surge en el contexto del abordaje sistémico para terapias familiares, y en la actualidad integra nociones y recursos terapéuticos de otros modelos como pueden ser los tratamientos cognitivos.

Todos los terapeutas que participaron del estudio, realizaron un entrenamiento clínico de dos años en dicho modelo de abordaje, en el mismo centro en donde

se trataron los casos, en donde se les otorga una formación teórica intensiva, ejercitación práctica con *feedback* en vivo (mediante cámara *Gessell*) y supervisiones grupales (Casabianca y Hugo Hirsch, 2009).

### **Características del equipo de investigación**

El Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI), cuenta con más de 15 años de experiencia en el estudio de procesos y resultados en psicoterapia. Sus principales focos de estudio son las variables vinculadas a las intervenciones y su efecto sobre la alianza terapéutica y las relaciones interpersonales, así como el uso de tecnologías en psicoterapia, todo esto orientado a la evaluación del cambio y resultados de los tratamientos.

Es un equipo multicéntrico, que trabaja en institutos de distintas universidades argentinas y a su vez realiza investigaciones en interacción con centros de otros países.

### **Aspectos metodológicos sobre el dispositivo POR a evaluar**

A fin de conformar el dispositivo de investigación orientada por la práctica, evaluado en el presente trabajo, se reunieron los directores del centro clínico y el equipo de investigación, para programar una serie de actividades conjuntas dando lugar al proyecto. Se realizaron cuatro reuniones, con representantes clínicos, responsables del área de sistemas, autoridades del centro y miembros del equipo de investigación abocados a la tarea de testeo del dispositivo de *feedback*. Las vías por las cuáles se continuaron las tareas fueron múltiples. Comunicaciones mediante correos electrónicos, reuniones mediante *Skype* entre clínicos e investigadores del centro y reuniones presenciales periódicas de los directores de ambos institutos, a fin de monitorear las acciones realizadas por ambos equipos.

La tarea conjunta del grupo interdisciplinario comenzó en agosto del 2016, cuando el centro clínico llevaba seis meses en el desarrollo de una versión preliminar del instrumento de *feedback*. La convocatoria original tuvo como motivo la revisión del instrumento, ya que se encontraban problemas en la aplicación del mismo, tanto en la recolección como en el análisis de los datos que generaba. Una vez planteada la forma de interacción de ambos equipos, se generaron canales de comunicación para monitoreo de las actividades, tal como fue descrito en el párrafo anterior.

A partir de allí, fue analizado en forma conjunta, el protocolo utilizado, la forma de recolección de datos, el almacenamiento de los mismos y su comunicación a los terapeutas tratantes. Esto implicó una revisión de cada uno de los elementos y procesos recién descritos y la propuesta de modificaciones de contenido y de estilo del cuestionario, así como de su consigna, creando una nueva versión del instrumento. También fueron revisados los procesos involucrados en la captación de datos y su transferencia a los terapeutas. Dicha versión del cuestionario, fue incluida en la dinámica de *feedback* que utilizaba el centro clínico.

En este contexto surgió una nueva versión del instru-

mento denominado Sistema de Evaluación de Tratamientos (SET), orientado a evaluar la evolución de la terapia e identificar casos en donde los pacientes podrían haber alcanzado un nivel de mejoría que ameritase considerar un proceso de alta. A continuación se presentarán las características de la versión corregida de dicho instrumento.

### Sistema de Evaluación de Tratamientos (SET)

Con el objetivo de tener un seguimiento y mejorar la calidad del servicio de terapia brindado, el equipo interdisciplinario diseñó un dispositivo que permitiera recabar información periódica del estado de los pacientes y brindar información a los terapeutas sobre su evolución. El espíritu del instrumento tenía una doble intención. Por un lado, realizar un aporte clínico a los profesionales para que pudieran identificar casos cuya evolución no era favorable y aportar recursos para abordarlos (alertas que sugirieron tratar los casos en las supervisiones grupales), así como también optimizar los recursos terapéuticos, identificando pacientes cuya evolución habilitase la posibilidad de dar el alta o considerar el comienzo de intervenciones de cierre. De esta manera, el instrumento representaba una herramienta adicional para relacionarse con el paciente y su proceso terapéutico, teniendo información indirecta, respecto de su evolución.

Sabiendo que la cantidad de tareas que realizan los terapeutas son muchas y el tiempo con el cuentan es escaso, se consideró la necesidad de diseñar un instrumento que no implicara la necesidad de que el terapeuta realizara un esfuerzo adicional para su aplicación. Asimismo, se consideró vital crear un dispositivo que no representara una carga muy pesada para los pacientes que debían completarlo. Al comenzar con este proyecto, en Argentina ya existían instrumentos validados

para evaluar el cambio de los pacientes y brindar *feedback* a los terapeutas, como es el caso del Cuestionario de Resultados 45 (OQ.45 por sus siglas en inglés; Lambert et al., 1996), cuya adaptación Argentina presentó sólidas propiedades psicométricas (Fernández-Álvarez, Hirsch, Maristany, & Torrente, 2005). Sin embargo, estando advertidos de la existencia del OQ.45 – y habiendo participado de su adaptación al contexto argentino – las profesionales del centro clínico consideraron necesario crear un instrumento alternativo. El principal argumento para ello, desde la perspectiva de los clínicos, fue que los 45 ítems del OQ.45 implicaban una carga muy grande para los pacientes, que hubiera redundado en malestar y en bajas tasas de respuesta. Por otra parte, el centro clínico, por su modelo teórico, estaba particularmente interesado en incorporar una medida de la evolución de las metas planteadas, que no tiene un lugar en el tradicional OQ.45.

De esta forma, se decidió desarrollar una herramienta sencilla en su administración a los pacientes y de una interpretación rápida y amigable, para los terapeutas, buscando potenciar su viabilidad y utilidad clínica. A su vez, se buscó incorporar al instrumento un reactivo específico, orientado a evaluar la evolución de los objetivos planteados en la terapia.

Características del instrumento. Basado en desarrollos previos para el monitoreo de resultados, creados en otros contextos (Lambert, 2015; Lambert et al., 1996; Miller, Duncan, Brown, Sparks, Claud, 2003), se crearon cinco preguntas orientadas a evaluar procesos de evolución general del paciente, específicamente relevantes para el modelo de tratamiento realizado en el centro. En la Tabla 1 se presentan las preguntas de los distintos ítems, los constructos que miden y sus categorías de respuesta.

Tabla 1. Descripción de los ítems del Sistema de Evaluación de Tratamientos

Ítem	Nombre de la escala	Constructo que explora	Categorías de respuesta
¿Cómo se sintió desde la última sesión en cuanto a los síntomas o problemas por los que consultó?	INDIVIDUAL	Evolución sintomatológica	Del 1 al 10
¿Cómo se sintió desde la última sesión respecto a sus relaciones interpersonales?	RELACIONAL	Bienestar en relación a las relaciones de, amistad, familias, entre otras y otras relaciones	Del 1 al 10
¿Cómo se sintió desde la última sesión respecto al desempeño de su rol social?	MUNDO DE ACCIÓN	Bienestar en el área de desarrollo profesional, laboral y/o académico.	Del 1 al 10
¿Cuál es su nivel de bienestar general desde la última sesión?	GLOBAL	Bienestar general.	Del 1 al 10
¿Qué nivel de mejoría considera que presenta respecto a aquello que acordó lograr con su terapeuta al inicio del tratamiento?	META ACORDADA	Grado de mejoría percibido en la última semana de acuerdo a la meta que acordó con su terapeuta.	Opciones múltiples (Nada, Muy Poco, Poco, Bastante, Mucho)

El instrumento es enviado a los pacientes al finalizar la entrevista de derivación y cada una de las sesiones de tratamiento mediante un mail personalizado, el cual explica la importancia de completar el mismo para el tratamiento. También se presenta una descripción de cada ítem. Este correo es enviado directamente por el sistema del centro, sin embargo, es de destacar, que tanto el derivador como el psicoterapeuta a cargo de la intervención le vuelven a informar de la importancia de completar el instrumento a los pacientes. Al momento la información brindada por los admisores y psicoterapeutas no se encuentra protocolizada.

**Administración del instrumento y visualización de resultados.** Una vez que el paciente realiza la entrevista de admisión y el derivador completa el informe de la misma, el paciente recibe un email con el primer cuestionario. Al completar el primer cuestionario, los valores del mismo y los gráficos asociados se cargan automáticamente en el Sistema de Historia Clínica (SHC) online del paciente, quedando disponibles tanto para el admisor como para el terapeuta. Los gráficos tienen como objetivo una rápida y amigable lectura de los datos e interpretación de la evolución del paciente o bien de su percepción subjetiva al momento de la consulta. El proceso continúa de manera similar una vez que el paciente inicia su tratamiento con el profesional tratante, enviándose el cuestionario después de cada sesión. Cuando el paciente no contesta el cuestionario, recibe un recordatorio por mail a las 72hs. Al completarse el cuestionario, los nuevos valores se cargan automáticamente en el SHC del paciente, integrándose con las estadísticas y gráficos de los cuestionarios anteriores. Esto permite al terapeuta contar con una referencia de valores evolutivos en función de cómo se ha sentido el paciente al momento de las entrevistas. Dentro del SHC al que accede el terapeuta, para visualizar las historias clínicas de los pacientes, existe a su vez una pestañada denominada Tareas del día, que opera como una agenda generada automáticamente en la que el sistema le avisa al terapeuta diferentes tareas por realizar y comentarios u observaciones de los supervisores o autoridades del centro. En caso de que haya surgido una eventual alarma producto de las respuestas del paciente al instrumento, dentro de la enumeración de Tareas del día, aparece un ítem de Cuestionario SET, junto con un signo de exclamación. El terapeuta debe ingresar al mismo para poder ver el tipo de alarma y el paciente al que corresponde.

Para el envío del cuestionario el centro clínico estableció los siguientes criterios de exclusión en los pacientes: (a) menores de 18 años, (b) pacientes derivados a tratamientos psiquiátricos, (c) pacientes de terapia de pareja, (d) pacientes de abordajes grupales, (e) pacientes de terapia

Dialéctica Comportamental, (f) pacientes de abordajes Neurocognitivos y (g) pacientes de Terapia Multisistémica. El equipo de investigación no incorporó nuevos criterios a los pre-establecidos por el centro.

Al momento de realizar este artículo, el centro clínico había enviado un total de 26472 cuestionarios a 4818 pacientes. Sobre la base de ese conjunto se cuestionarios enviados se realizaron los análisis presentados en este artículo más adelante.

**Sistema de alertas para el feedback a terapeutas.** Además de los datos de las respuestas de los pacientes y su ilustración en gráficos, el sistema cuenta con una serie de intervenciones sugeridas a los terapeutas en base a distintos respuestas o escenarios posibles. Estas intervenciones se sugieren mediante un sistema de alertas que cada cinco cuestionarios completados, compara los puntajes iniciales de los pacientes con los de la última sesión (ej. quinta, decima, etc.). En base a la interpretación de los resultados y su evolución, el sistema automáticamente realiza sugerencias a los clínicos.

**Alerta para supervisar.** En caso de que los puntajes totales se mantengan iguales o disminuyan en la quinta sesión, o se obtengan como respuestas al quinto ítem: “Nada”, “Muy Poco” o “Poco”, el Sistema le sugiere al profesional que supervise su caso, apareciendo el paciente listado en el módulo “Para Supervisar” de Tareas del día (en el sistema de trabajo de los grupos de supervisión).

**Alerta para implementar maniobras de cierre.** El sistema le sugiere al profesional que considere la posibilidad de realizar maniobras terapéuticas para finalizar el tratamiento en caso de que el paciente (i) haya contestado “Bastante” a la pregunta sobre mejoría respecto a la meta acordada (ii) en caso de que el puntaje global registrado en la última sesión oscile entre los valores de 24 a 31 (recordando que el instrumento utilizado da un puntaje total en una escala de 0 a 40), siendo necesario que el paciente haya obtenido puntajes iniciales inferiores a 24 puntos. Así, a partir de estas alertas, se sugiere al terapeuta reforzar las estrategias y logros alcanzados por el paciente durante el tratamiento.

**Alerta para dar el alta a los pacientes.** El sistema de *feedback*, le sugiere al terapeuta la posibilidad de dar el alta a los pacientes en caso de que este: (i) haya contestado “Mucho” a la pregunta sobre mejoría respecto a la meta acordada (ii) en caso de que el puntaje global registrado en la última sesión sea superior o igual a 31 (en una escala de 0 a 40), siendo necesario que el paciente haya comenzado el tratamiento con puntajes inferiores a 31. A diferencia de la alerta para implementar maniobras de cierre (en donde los valores del paciente se ubican entre 24 y 31 puntos), estas alertas se producen con puntajes de bienestar superiores a 31, que dan cuenta de un

mayor nivel de bienestar manifiesto del paciente. Por ello, a partir de estas alertas se sugiere considerar la posibilidad de dar el alta al paciente, un paso más avanzado que el de implementar maniobras de cierre, siendo la diferencia entre ambas alertas cuantitativa y cualitativa.

#### **Sugerencias clínicas a partir de la valoración de los resultados por parte de los terapeutas.**

Además de las alertas de cierre, los profesionales cuentan con indicaciones y sugerencias para operar a partir de los resultados de los cuestionarios, mediante talleres clínicos organizados por el centro. Cualquier situación en la cual se observe un puntaje global que decrece de forma constante o que encuentra valores que persisten por debajo de lo esperado por el terapeuta, es signo de que es conveniente reparar las metas establecidas, los objetivos reconstruidos o las estrategias diseñadas. Para ello el profesional puede valerse de su criterio y experiencia o bien llevar su caso a supervisión, a fin de no agotar los recursos del paciente y los del propio terapeuta. En caso de que los puntajes se mantengan constantes o con pequeñas variaciones se sugiere supervisar el caso considerando que puede encontrarse en una meseta poco favorable o bien ante un caso que ha encontrado su posible equilibrio en este momento. Ante tal situación el profesional podrá orientarse de las sugerencias recibidas desde la supervisión a fin de tomar las decisiones que considere pertinentes al caso. En caso que el proceso terapéutico evolucione favorablemente pero no supere el puntaje sugerido para implementar las maniobras de cierre, y encuentre una meseta, el terapeuta podrá supervisar el caso a fin de recibir la orientación pertinente para evaluar las estrategias implementadas hasta el momento y pensar en el espacio de supervisión las características particulares del paciente.

## **RESULTADOS**

Los resultados que se presentan a continuación están orientados a dar cuenta de las fortalezas y debilidades del dispositivo POR recién presentado. Se presentan los aspectos relativos a la recolección de datos y al análisis de los mismos.

#### **Recolección de datos**

Como se mencionó previamente, en el contexto del centro clínico se enviaron un total de 26472 cuestionarios a 4818 pacientes. De este conjunto de cuestionarios enviados únicamente 6925 (26.16%) fueron respondidos. Del total de pacientes a los que se les envió el cuestionario, 2141 pacientes (44.44%) respondieron lo respondieron al menos una vez, 908 al menos tres veces (18.85%) y 493 (10.23%) al menos cinco veces.

En 367 casos los terapeutas recibieron alertas para realizar maniobras de cierre y en 100 para dar el Alta Terapéutica (cabe aclarar que no es necesario que se presente una alerta para realizar maniobras de cierre previo al surgimiento de alertas para dar el alta). En 130 casos se sugirió llevar el caso a supervisión y en 168 se alertó al terapeuta de que el paciente no manifestaba mejorías en relación a la meta acordada para el tratamiento.

#### **Propuestas estadísticas para el análisis de datos**

En este apartado se presentarán las propuestas para el análisis de los datos provenientes de la toma del protocolo SET. Esta fue una de las áreas de interacción entre los dos equipos en donde el accionar estuvo dirigido principalmente por el grupo de investigadores. Los miembros del equipo de investigación presentaron propuestas directas de análisis estadístico de los datos a los clínicos, elaboradas en base a las preguntas que clínicos e investigadores formularon.

Como un resultado coligado al de las acciones programadas para la presente investigación, que se focalizaron en el instrumento SET, se encuentra en proceso de preparación la confección de una nueva base de datos que permitirá realizar futuros estudios de distinta naturaleza. Este nuevo producto del dispositivo POR realizado permitirá vincular los resultados del SET con datos demográficos y clínicos de los pacientes (ej. diagnóstico) que al momento no pueden ser cruzados.

La posibilidad de aplicar estrategias estadísticas sofisticadas, tales como los Modelos Lineales Jerárquicos (HLM; Raudenbush y Bryk, 2002) para evaluar el cambio de los pacientes, es un ejemplo de los beneficios de la realización de un dispositivo POR basado en el monitoreo de los pacientes, como el aquí presentado. La propuesta de trabajo por parte del equipo de investigación de incluir este tipo de análisis se debió a que los HLM, a pesar de no tener una amplia difusión en nuestra región, es una técnica con implicancias fundamentales para dar cuenta de las preguntas de mayor interés para los clínicos (ej. ¿Ha cambiado el paciente X durante el tratamiento? ¿Qué elementos del proceso podrían explicar ese cambio?).

Estos modelos tienen distintas propiedades que los hacen especialmente útiles para los análisis que daban cuenta de las preguntas clínicas generadas por ambos equipos. Por un lado, los modelos HLM permiten estudiar datos que transgreden el supuesto de independencia de las observaciones; por ello son particularmente útiles para estudiar datos que se encuentran anidados en diversas estructuras jerárquicas. Los datos aquí analizados, provenientes de tratamientos psicoterapéuticos, presentan medidas repetidas de una misma variable anidadas (es decir, incluidas) en pacientes. A su vez, estos pacientes pue-

den encontrarse en tratamiento con un mismo terapeuta, generando un fenómeno de anidamiento doble. Por otra parte, estos modelos permiten estimar al mismo tiempo efectos fijos y aleatorios que expliquen el comportamiento de una variable dependiente. Finalmente, estos modelos utilizan tanto información individual como grupal para la estimación de los parámetros, lo que permite incluir casos con datos faltantes, siempre y cuando presenten al menos un valor en las medidas del primer nivel de jerarquía.

Si bien a nivel internacional estos métodos tienen una mayor difusión y aplicación, no hemos encontrado en la literatura guías procedimentales específicas para su utilización en psicología clínica. A partir de los resultados preliminares otorgados por la administración del SET, se desarrolló en conjunto una guía de cómo utilizar modelos HLM para el análisis del cambio en psicoterapia, su predicción a partir de características de los pacientes y del proceso, y la evaluación de efectos de los terapeutas (Gómez Penedo, Muiños, Hirsch y Roussos, 2017). De esta forma se busca que en los artículos metodológicos-estadísticos también participen psicoterapeutas del centro terapéutico que orienten sobre el sentido clínico de las propuestas metodológicas que se realizan y su interpretación e implicancias para la práctica.

### Modelos aplicados y resultados preliminares

Para estudiar las trayectorias de cambio temprano, durante las primeras cuatro sesiones de tratamiento, se utilizó como variable dependiente al puntaje de bienestar de las cuatro sub-escalas del instrumento (Individual, Relación, Acción, y Global)<sup>1</sup>.

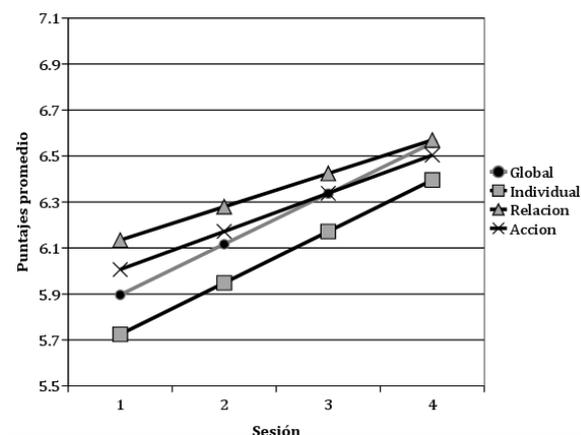
Para un análisis preliminar de los datos provenientes de este estudio, se han utilizado modelos HLM de curva de crecimiento de tres niveles, en relación a la estructuración de los datos (Raudenbush y Bryk, 2002). *El primer nivel* de estos modelos permitió predecir los puntajes en las variables dependientes (bienestar total y sub-escalas) en base a los efectos intra-sujeto (incluyendo como único predictor el tiempo en sesiones, centrado en la cuarta sesión), *el segundo nivel* estimó los efectos de las diferencias entre pacientes en estos parámetros y *el tercer nivel* los efectos de las diferencias entre los pacientes tratados por los distintos terapeutas. De esta forma se crearon cuatro modelos de tres niveles, uno para cada variable

<sup>1</sup> Si bien se podrían haber seleccionado otras variables dependientes para los análisis, tales como el puntaje total de bienestar o el grado de realización de la meta acordada, se decidió presentar modelos de análisis para las cuatro sub-escalas con el fin de poder presentar la evolución diferencial de estas cuatro medidas. Esto responde a la intención de presentar resultados preliminares a los fines de ilustrar el potencial de este tipo de análisis en proyectos de investigación como el aquí descrito.

dependiente (i.e. sub-escala). La falta de efectos de los terapeutas en todos los casos, derivó en ajuste de nuevos modelos de dos niveles, estimando la variabilidad de las variables dependientes únicamente a partir de los efectos intra-sujeto (1<sup>o</sup> nivel) e inter-sujeto (2<sup>o</sup> nivel).

En la Figura 1, se presentan las estimaciones de los puntajes y su evolución en las primeras cuatro sesiones en las cuatro sub-escalas del SET.

**Figura 1. Trayectorias promedio en la muestra de los puntajes de las distintas subescalas del SET, estimados mediante modelos lineales jerárquicos**



En promedio se observó un cambio significativo entre la primera y la cuarta sesión en las sub-escalas global,  $\beta = 0.22$ ,  $SE = 0.02$ ,  $CI_{95} [0.18, 0.26]$ ,  $t(1154) = 8.892$ ,  $p < .001$ , individual,  $\beta = 0.22$ ,  $SE = 0.02$ ,  $CI_{95} [0.18, 0.26]$ ,  $t(1154) = 9.646$ ,  $p < .001$ , relación,  $\beta = 0.17$ ,  $SE = 0.02$ ,  $CI_{95} [0.13, 0.21]$ ,  $t(1154) = 6.647$ ,  $p < .001$ , y acción,  $\beta = 0.15$ ,  $SE = 0.03$ ,  $CI_{95} [0.09, 0.21]$ ,  $t(1154) = 5.551$ ,  $p < .001$ . Cabe destacar que el  $\beta$  en este caso, representa la tasa de cambio sesión a sesión, y que los puntajes de las sub-escalas se ubican en una escala de 0 a 10.

Por otra parte, la revisión tanto de los valores de los parámetros como de la Figura 1, permite identificar una mayor tasa de mejoría semanal en las sub-escalas de bienestar global ( $\beta = 0.22$ ) e individual ( $\beta = 0.22$ ), en comparación con las de relación ( $\beta = 0.17$ ) y acción ( $\beta = 0.15$ ).

Estos resultados, permiten ilustrar la contribución al campo de la investigación en psicoterapia, que pueden implicar la recolección de datos de esta naturaleza y su análisis mediante procedimientos estadísticos sofisticadas, en una construcción colectiva entre clínicos e investigadores, buscando responder preguntas que aporten respuestas a la práctica.

## DISCUSIÓN

Este trabajo tuvo por objetivo describir y analizar la experiencia de la aplicación de un modelo

POR en el contexto argentino, para la creación de un instrumento que sirviera tanto para la clínica como para la investigación. En este trabajo se analizaron sus fortalezas y debilidades, así como elementos que hacen a su sustentabilidad en el tiempo, queda pendiente la evaluación de la efectividad de dicho dispositivo, la que será presentada en un futuro trabajo.

A continuación se presentarán algunas de las conclusiones del proceso, así como también ideas para continuar y potenciar el desarrollo de este esfuerzo conjunto entre clínicos e investigadores.

### **Evaluación del proceso POR: Obstáculos y beneficios del proceso colaborativo**

Los dispositivos POR apuntan a la integración de participantes con conocimientos de distinta naturaleza, lo cual es una parte fundamental de sus fortalezas, pero también resulta un desafío hacer interactuar dichos conocimientos (Castonguay et. al., 2015). Lo cual se vio plasmado en el proceso de desarrollo del instrumento, en donde se plantearon cuestiones que desde el punto de vista metodológico se consideraban adecuadas incluir, y desde la visión clínica resultaba inviable. Por ejemplo, la idea de incluir una mayor cantidad de reactivos para mejorar la confiabilidad de los datos (perspectiva de los investigadores), entraba en conflicto con la búsqueda de construir un instrumento parsimonioso, que implicara un esfuerzo escaso para los pacientes (perspectiva de los clínicos). El hacer interactuar las visiones y las motivaciones de ambas partes, implicó una negociación constante de conflictos y búsqueda de consensos, cuyo resultado final fue la construcción de un instrumento que permite recabar información tanto con fines clínicos como de investigación, realizando un aporte conjunto a ambas incumbencias. Consideramos en este punto fundamental la administración de los conflictos que puedan surgir en proyectos POR mediante la búsquedas de consensos que permitan alcanzar una posición común, en oposición a la idea de imponer una visión dominante, ya sea desde la perspectiva de la investigación como de la perspectiva de la clínica. Es en ese proceso de síntesis y acuerdo, en donde se observan en forma acaba los beneficios de la colaboración que un dispositivo POR puede aportar.

Otro de los desafíos que se presentaron fue el manejo de los tiempos (Castonguay et. al., 2015). Tanto clínicos como investigadores desconocían los tiempos reales de desarrollo de las tareas a realizar por parte de las otras partes, por lo cual fue necesario consensuar no solo las tareas, sino también los tiempos reales de las mismas. Ya que, para un investigador montar una grilla de datos podía resultar una tarea simple, para un clínico requería un desafío más grande. Además de que cada participante tenía su propia agenda de trabajo y encontrar espacios en común implicó una dificultad que, a su

vez, prolongó el proceso más de lo esperado (Castonguay et. al., 2015).

También en algunos casos hubo cuestiones que podríamos denominar de orden semántica, en relación a la terminología utilizada, la cual era interpretada de distintas maneras, por la diferencia entre concepciones de trabajo (Castonguay et. al. 2015). Por ejemplo, al plantear estrategias de abordaje en función de las alertas, existieron divergencias conceptuales en la forma de entender al término *intervención*. Mientras que el equipo de investigación consideraba a las intervenciones indistintamente como un tratamiento completo o un grupo de acciones que lleva adelante un terapeuta (Beutler, 2004), los clínicos utilizaban dicho término exclusivamente para identificar verbalizaciones directas y únicas de los terapeutas, lo que podríamos denominar micro intervenciones (Milbrath, 1999). Estos desajustes lingüísticos llevaron en diversas ocasiones a falta de entendimiento entre las partes, que generó dificultades para desarrollar las tareas planteadas y creo confusiones por momentos, en las consignas. La contra cara de estos desacuerdos terminológicos fue el incremento de conocimientos y perspectivas que ambos grupos obtuvieron a partir de dialogar y esclarecer esas diferencias.

Otro de los beneficios que surgió de esta modalidad de trabajo fue el enriquecimiento de las ideas producto de la interacción (Castonguay, Locke y Hayes, 2011), siendo muchas las propuestas de análisis que el equipo de investigación le transmitió al grupo de clínicos, entre ellas aparecieron los motivos de no respuesta, la diferenciación de tasas de respuesta por patología o de tipo de preparación para el alta por patología, entre otras. Todas estas preguntas empezaron a tomar forma para generar estudios conjuntos a futuro.

Asimismo los clínicos han empezado a generar propuestas relacionadas con la obtención de información que les permita aprovechar el dispositivo de *feedback* de manera más eficiente.

Esto muestra un sistema que se nutre así mismo donde los investigadores dejan de pensar sólo como investigadores y empiezan a incorporar el pensamiento clínico asociado a la tarea de investigación, mientras que los clínicos comienzan a sistematizar el conocimiento que generan en término de una metodología con mayor organización y más cercana a la investigación.

En última instancia, el trabajo realizado permitió crear una alternativa para la construcción y aplicación conjunta de conocimiento entre clínicos e investigadores, en línea con el espíritu POR. A partir de este proceso de investigación, no fue necesario que los clínicos se acercaran a los investigadores para mejorar sus prácticas ni que los investigadores se aproximaran a los clínicos para identificar qué es relevante estudiar o para diseminar el producto de sus investigaciones (lo que habitualmente en la li-

teratura se denomina “trazar puentes entre la clínica y la investigación”; Stricker y Trierweiler, 2006). Los trabajos POR, como el aquí descritos, permiten construir un conocimiento de aplicación práctica y transferencia directa, con rigurosidad metodológica, al tiempo que se producen beneficios en la clínica mientras se conduce el trabajo. Es así que los límites entre la clínica y la investigación se desdibujan en el proceso, ya que al mismo tiempo se realiza una tarea en donde convergen ambos campos (Castonguay, Barkham, Lutz y McAleavey, 2013). En este sentido, este proyecto POR hizo que no fue necesario trazar “puentes” entre una práctica y la otra, como tantas veces se reclama en la bibliografía, ya que clínicos e investigadores compartieron el mismo “terreno” de trabajo conjunto y sus beneficios derivados (Castonguay et al., 2013; Constantino, Coyne y Gomez Penedo, 2017).

### Limitaciones y Futuras investigaciones

El trabajo colaborativo que quedó plasmado en este artículo continuó en proceso de desarrollo. Más allá de los aportes que este trabajo puede realizar al campo, existe una serie de limitaciones que deberían ser saldadas en futuras investigaciones para poder obtener información relevante, para seguir avanzando en este proyecto.

Si bien el instrumento desarrollado ha sido tomado a una muestra relevante de participantes, la información con la que se cuenta hasta el momento es insuficiente para dar cuenta de sus propiedades psicométricas. Por ejemplo, sería necesario tomar este instrumento en conjunto con otras medidas que podrían aportar evidencias de la validez externa del SET. Además, se ha observado una escasa tasa de respuesta del instrumento en los participantes (26,16%). Dicha tasa de respuesta no solo puede sesgar los resultados para investigación (en caso de que los participantes que contestaron la escala tengan características diferentes a las de la población) sino que también limita la utilidad instrumento. Esta baja tasa de respuesta podría deberse a una falta de compromiso de los terapeutas del centro para con el dispositivo de feedback. La incentivación de los terapeutas es un aspecto clave a estudiarse en relación al uso del dispositivo de feedback en general.

Sería valioso que futuras investigaciones realicen entrevistas a terapeutas y pacientes, para explorar su experiencia con el instrumento, evaluando su accesibilidad y utilidad clínica, y buscando identificar variables que podrían explicar su baja tasa de respuesta. Finalmente, debido a que el instrumento de *feedback* tiene la intención de realizar un aporte clínico, especialmente orientado a prevenir y reducir las tasas de deterioro en los pacientes, sería valioso a futuro estudiar con diseños de comparación de grupos (por ejemplo, terapeutas que utilizan versus no utilizan el dispositivo de *feedback*) los efectos de

utilizar este dispositivo. Con la información con la que contamos actualmente no es posible aislar dicho efecto diferencial.

Es debido a las limitaciones presentadas en el párrafo anterior, que en este artículo no se buscó presentar una versión definitiva del instrumento y su sistema de interpretación y alertas, sino presentar una versión tentativa del mismo (en su estado actual). El desarrollo del instrumento, su refinamiento y análisis, continúa en la actualidad.

Otra de las limitaciones de este estudio es que no durante el mismo contamos con fuentes de información sistemáticas para evaluar y analizar las interacciones entre los participantes clínicos e investigadores. Futuros estudios sobre esta temática podrían enriquecerse de analizar el proceso de integración y esfuerzo conjunto de ambas partes, mediante observaciones no participantes de las reuniones o entrevistas a los involucrando, explorando sus experiencias en el proceso. Análisis de esta naturaleza, podrían permitir alcanzar *insights* respecto del trabajo conjunto de clínicos e investigadores, identificando obstáculos invisibilizados para los participantes o potenciales facilitadores del proceso.

Por otra parte, cabe señalar que los dispositivo POR se dedican fundamentalmente a integrar el trabajo (y las perspectivas) de los investigadores y los clínicos. Es viable plantearse la posibilidad de incorporar también la visión de los pacientes a estos estudios. En este sentido, el equipo de investigación viene trabajando en múltiples investigaciones que incluyen la perspectiva fenomenológica del paciente para evaluar el proceso de la psicoterapia (Olivera, Challú, Gómez Penedo y Roussos, 2017; Roussos, Braun y Olivera, 2017). En este contexto, queda pendiente aún la idea de involucrar a los pacientes en el presente dispositivo, conociendo la opinión de los mismos en relación a la experiencia de participar en este estudio, evaluando el grado de complejidad que para ellos representa el brindar *feedback*, propuestas para mejoría del sistema, entre otras tantas cosas con la que los pacientes pueden enriquecer un dispositivo de esta naturaleza. Encontrar la forma de incorporar a la visión de los pacientes buscando que el trabajo POR además de realizar una contribución a los investigadores y a los terapeutas, implique también beneficios terapéuticos directos a los pacientes (por ejemplo, mediante procesos reflexivos de análisis de sus propios procesos de terapia), constituiría un paso más hacia la articulación de los clínicos y de la investigación.

Sin embargo, más allá de estas limitaciones, este trabajo permitió transmitir una experiencia de trabajo POR en el contexto argentino, delimitando algunas de las dificultades y beneficios, surgidos en este ámbito particular, y presentando los derivados preliminares de dicho trabajo colaborativo. Consideramos que esta presentación puede fomentar el desarrollo de proyectos POR en Latinoamérica, así como

también ayudar a su proyección y ejecución, tomando como base la experiencia aquí planteada.

### Agradecimiento

Este proyecto se incluye dentro del marco de financiación del sistema UBACyT (20020160100094BA) titulado: "La percepción del paciente sobre el cambio en psicoterapia Parte II. Evaluación de un dispositivo de feedback para terapeutas y su efecto sobre la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento).

### REFERENCIAS

- Alonso, M. y Klinar, D. (Noviembre, 2015). *Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2014*. Presentación realizada en VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación, Undécimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Barkham, M. (2014). Practice-based research networks: Origins, overview, obstacles, and opportunities. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14, No. 3, 167-173, <http://dx.doi.org/10.1080/14733145.2014.929414>
- Beutler, L. E., Malik, M. L., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist variables. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5ta ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Casabianca, R. y Hugo Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en Terapia. Un registro para el modelo MRI*. Santa Fe: Centro de Publicaciones de la Universidad Católica de Santa Fe.
- Caspar, F. (1997). "What goes on in Psychotherapist 's mind?" *Psychotherapy Research*, 7, 105- 125.
- Castonguay L. G., Locke B. D. y Hayes J. A. (2011) The center for Collegiate Mental Health: An example of Practice-Research Network in University Counseling Centers, *Journal of College Student Psychotherapy*, 25:2, 105-119. DOI: 10.1080/87568225.2011.556929
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W., y McAleavey, A. A. (2013). Practice-oriented research: Approaches and application. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 85-133). New York: Wiley.
- Castonguay, L. G., y Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: An introduction. *Psychotherapy Research*, 25(1), 1-5, DOI: 10.1080/10503307.2014.966348
- Castonguay L. G., Youn S. J., Xiao H., Muran J. C. y Barber J. P. (2015) Building clinicians-researchers partnerships: Lessons from diverse natural settings and practice-oriented initiatives, *Psychotherapy Research*, 25:1, 166-184. DOI: 10.1080/10503307.2014.973923
- Clairborn C.D. y Goodyear, R. (2005) Feedback in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 61 (2), 209-217.
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., y Gomez Penedo, J. M. (2017). Contextualized integration as a common playing field for clinicians and researchers: Comment on McWilliams. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27, 296-303. doi:10.1037/int0000067
- De la Parra G. (2013) Psychotherapy Research in Developing Countries: the Case of Latin America. *Psychotherapy Research*, 23(6), 609-623.
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchick, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221
- de Shazer, S. & Berg, I. K. (1997). "What works?" Remarks on research aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 121-124. <http://doi.org/Doi.10.1111/1467-6427.00043>
- Elliot, R. (1983). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 47-55.
- Fernández-Álvarez, H., Gómez, B., y García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's program. *Psychotherapy Research*, 25(1):84-94 doi: 10.1080/10503307.2013.856047
- Fernández-Álvarez, H., Hirsh, H., Maristany, M. & Torrente, F. (2005). *Propiedades psicométricas del OQ-45.2 en la Argentina: un estudio piloto*. Poster presentado en el 4º Congreso Mundial de Psicoterapia. Buenos Aires.
- Goldfried, M. R., Newman, M., Castonguay, L. G., Fuertes, J. N., Magnavita, J. J., Sobell, L. C., y Wolf, A. W. (2014). On the dissemination of clinical experiences in using empirically supported treatments. *Behavior Therapy*, 45, 3-6. doi:10.1016/j.beth.2013.09.007
- Gomez Penedo, J.M., Muiños, R., Hirsch, P. y Roussos, A. (2017) *How to Apply Hierarchical Linear Models for Psychotherapy Research? A Step-By-Step Guide to Understand, Run, and Report these Analyses*. Manuscrito en evaluación.
- Krause, M. (2011) La Psicoterapia: ¿Oficio sin Ciencia y Ciencia sin Oficio? *Rev. colomb. psicol.*, Volumen 20, Número 1, p. 89-98, 2011. ISSN electrónico 2344-8644.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. y Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lambert, M. J., y Ogles, B. M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In M. J. Lambert (Eds.) *Bergin y Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. (2013). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy*, 52, 381-390. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000027>
- Luborsky, L. (1972). Research cannot yet influence clinical practice. In A. Bergin y H. Strupp (Eds.), *Changing frontiers in the science of psychotherapy* (pp. 120-127). Chicago: Aldine
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J. y Perry, J. C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 40-54.
- 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.
- Olivera, J., Challú, L., Gómez Penedo, J. M. y Roussos, A. (2017). Client-therapist agreement in the termination process and its association with therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 54, 88-101.
- Orlinsky, D. y Howard, K. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. Garfield y A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical*

- analysis (2nd ed., pp. 283-330). New York: Wiley.
- Pincus H. A. (1997). Practice-based research in psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 154:9. DOI: 10.1176/ajp.154.9.1199
- Raudenbush, S. W. y Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Roussos, A., Braun, M. y Olivera, J. (2017). "For me it was a key moment of therapy." Corrective experience from the client's perspective. *Journal of Clinical Psychology*: In Session, 73, 153-167
- 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. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019247>
- Stricker, G. y Trierweiler, S. J. (2006). The Local Clinical Scientist: A bridge between science and practice. *Training and Education in Professional Psychology*, 5, 37-46. <http://doi.org/10.1037/1931-3918.5.1.37>
- 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(2), 639-644. doi: 10.2466/02.07.17
- Zarin, D. A., Pincus, H. A., West, J. C. y McIntyre, J. S. (1997). Practice-based research in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1199-1208.