

Artículo

Trabajando con las Preferencias del Consultante en Psicoterapia: Consideraciones Clínicas y Éticas

Alberto Gimeno-Peón 

Consulta privada, Gijón, España

INFORMACIÓN

Recibido: Febrero 7, 2023
Aceptado: Abril 20, 2023

Palabras clave

Psicoterapia
Preferencias
Ética
Adaptación del tratamiento
Pericia clínica

RESUMEN

Algunas características de la persona que acude a psicoterapia influyen en los resultados de la misma, siendo estas variables el principal factor asociado al cambio. Un tratamiento diseñado a medida para cada caso resultará mucho más eficaz que otro que no se adapte a la singularidad de cada consultante. Este trabajo se centra en uno de los factores a tener en cuenta, las preferencias de la persona, un pilar fundamental de la práctica basada en la evidencia en psicología. Se revisan las pruebas empíricas disponibles, junto con las implicaciones y recomendaciones clínicas asociadas. A esto le seguirán otras consideraciones de tipo ético, que darán pie a una discusión acerca de los dilemas que se pueden presentar cuando se trabaja con las preferencias de cada persona.

Working with Client Preferences in Psychotherapy: Clinical and Ethical Considerations

ABSTRACT

Some characteristics of the individual who attends psychotherapy influence its outcomes, these variables being the main factor associated with change. A treatment that is tailored to each case will be much more effective than one that does not adapt to the uniqueness of each client. This paper focuses on one of the factors to take into account, the patient's preferences, a fundamental pillar of evidence-based practice in psychology. Available empirical evidence is reviewed, along with associated clinical implications and recommendations. This is followed by other ethical considerations, which lead to a discussion about the dilemmas that can arise when working with each person's preferences.

Keywords:

Psychotherapy
Preferences
Ethics
Responsiveness
Clinical expertise

Introducción

Muchos son los datos que subrayan la importancia de diseñar las intervenciones psicológicas especializadas a la medida de las necesidades de cada caso particular, apoyando la idea de que no hay una única terapia que resulte eficaz para todo el mundo, sino que lo más útil es la creación de un nuevo tratamiento que sea específico para cada persona (Norcross y Wampold, 2018). Ciertas variables del individuo y de su contexto influyen en la probabilidad de que una psicoterapia tenga mejores o peores resultados, con independencia del tipo de tratamiento llevado a cabo y de las técnicas empleadas (Gimeno-Peón, 2021).

Lo dicho anteriormente no es algo novedoso. En su origen, los grandes modelos de psicoterapia se preocuparon por desarrollar sistemas de formulación de casos que tuvieran en cuenta las particularidades de cada individuo, y no tanto un diagnóstico basado en las categorías al uso del manual de referencia que estuviera vigente en el momento. En parte, ha sido la exigencia de demostrar con fiabilidad la eficacia de los diferentes tipos de tratamientos psicológicos lo que ha llevado a la deriva de estos, en el sentido de tener en cuenta casi exclusivamente el diagnóstico clínico como criterio a la hora de elegir no solo las técnicas o la forma de intervenir, sino toda la estructura de una terapia altamente guionizada de principio a fin. El furor por obtener la categoría de “tratamiento con apoyo empírico” ha permitido constatar la eficacia de la psicoterapia (o más bien de las psicoterapias, en plural) a la hora de abordar toda una miríada de problemas psicológicos, como demuestran las continuas revisiones que se realizan al respecto (Fonseca Pedrero et al., 2021), validando y potenciando su utilización, tanto en el ámbito público como en el privado. Sin embargo, no por disponer de más tratamientos y más pruebas a su favor los resultados globales han mejorado en las últimas décadas: sigue existiendo un porcentaje elevado de casos en los que no hay resultados satisfactorios, empeoran o abandonan de forma prematura (Gimeno-Peón, 2021). Se podría argumentar, no sin parte de razón, que esto puede deberse a variables ajenas al propio tratamiento y que hay casos en los que *nada* puede hacerse. Pero aunque esto sea cierto para una cantidad indeterminada de situaciones, también lo es el hecho de que hay estudios que demuestran que determinadas prácticas clínicas aumentan significativamente los resultados de la psicoterapia, reduciendo, por ejemplo, el porcentaje de abandonos prematuros o de individuos cuyo estado empeora, como pueden ser procedimientos de reparación de rupturas en la alianza terapéutica (Eubanks et al., 2018) o la monitorización sistemática de resultados (de Jong et al., 2021), entre otros.

Sin querer restarle utilidad a los tratamientos manualizados (que la tienen, y mucha), cabe destacar que algunos análisis minuciosos sobre los componentes de una psicoterapia eficaz indican que el papel de las técnicas y modelos específicos es relativamente pequeño (Wampold e Imel, 2015). Otros factores, como los relativos a la alianza terapéutica, parecen jugar un papel más importante. De hecho, desde hace décadas, los datos suelen ser consistentes con respecto a lo siguiente: las variables que mayor peso tienen en la varianza de los resultados de las terapias psicológicas son aquellas relacionadas con la persona y la vida del consultante, sus propias características y las de su contexto, tanto el más próximo como el más amplio (Rodríguez-Morejón, 2016). Factores tales como el estilo de afrontamiento de las dificultades, la reactividad, la

preparación para el cambio o las preferencias de la persona constituyen aspectos sobre los que es importante adaptar las intervenciones psicológicas (Inchausti et al., 2021), con el objetivo de hacer más probable que el desenlace sea satisfactorio para las partes implicadas. No en vano, la definición de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE, en adelante) en psicología incluye explícitamente “las características, cultura y preferencias de la persona” como una de las bases sobre las que cimentar la terapia (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Uno de los aspectos anteriormente mencionados, las preferencias del consultante, será el objeto de discusión de este trabajo. Este factor cobra una especial importancia por su asociación con cuestiones éticas de gran calado, como se verá más adelante. A continuación, se expondrá el concepto de preferencias en el contexto de la psicoterapia, las categorías o tipos a tener en cuenta y la evidencia empírica respecto a su influencia en el proceso de intervención. Posteriormente, seguirán unos comentarios relativos a las implicaciones clínicas y éticas, concluyendo con una discusión centrada en los dilemas que las preferencias del consultante pueden suscitar en los profesionales.

Preferencias en Psicoterapia

Swift et al. (2018) definen las preferencias en psicoterapia como aquellas condiciones y actividades específicas que los consultantes quieren que formen parte del proceso terapéutico. Estas pueden ser generales o más específicas, aunque probablemente sean más habituales las primeras. No se trata tanto de si la persona desea que se utilicen técnicas concretas en determinadas situaciones, sino de aspectos más globales, relativos al tipo de tratamiento, el encuadre o el estilo del clínico, entre otros. Para apreciar en más detalle esta cuestión véanse, a continuación, los tipos de preferencias que se han descrito en este contexto.

En la literatura especializada se han agrupado tres categorías: preferencias sobre la actividad, preferencias sobre el/la terapeuta y preferencias sobre el tratamiento (Swift et al., 2018).

- *Preferencias sobre la actividad*: son aquellas relativas a lo que sucede dentro (si el formato es individual, grupal o familiar, por ejemplo) y entre sesiones (si se asignan tareas y el tipo de las mismas), y la forma en que se hace (donde se encontrarían aspectos relacionados con el estilo del profesional, como una mayor o menor directividad).
- *Preferencias sobre el o la terapeuta*: aquí se incluyen características del propio profesional que no se pueden cambiar en el momento, como su edad, sexo, experiencia, cultura o habilidades interpersonales.
- *Preferencias sobre el tratamiento*: donde lo más estudiado ha sido si una persona quiere recibir terapia psicológica o farmacológica, pero también tiene que ver con el tipo o modelo de psicoterapia deseado.

Es habitual que exista, por parte de la población general, una preferencia por la terapia o la terapia combinada con psicofármacos frente a un tratamiento exclusivamente farmacológico, como se ha visto también en el contexto de los servicios públicos de salud mental cuando se encuesta a las personas derivadas (Valencia Agudo et al., 2015). Es una dicotomía que los consultantes pueden tener más clara si lo comparamos con la decisión de tener preferencia por una orientación teórica u otra, aunque cada día es más habitual

encontrar en las consultas de especialistas a personas que buscan implicarse en un modelo de tratamiento determinado (ya sea por recomendación de algún allegado o por la información que encuentran en internet u otros recursos fácilmente accesibles).

Con frecuencia, también es normal que los consultantes busquen profesionales con determinadas características, cuando tienen esa posibilidad (más habitual en el ámbito privado): si es mujer u hombre, mayor o más joven, con una determinada formación u experiencia, etc. Son características que pueden ser conocidas antes de un primer contacto, al contrario que otras, también dentro de esta categoría, relativas a la forma de interactuar del profesional (por ejemplo, su capacidad empática o su amabilidad).

A los consultantes les puede resultar más difícil explicitar sus preferencias respecto a la actividad, especialmente cuando no han tenido experiencias terapéuticas previas, salvo en cuestiones como el formato (individual, grupal, etc.) y similares.

Con respecto a la evidencia disponible, son varios los meta-análisis que concluyen que las preferencias influyen en la eficacia de la psicoterapia. En concreto, cuando el tratamiento se ajusta a las preferencias de cada persona, se logran mejores resultados, mejores alianzas terapéuticas y un menor porcentaje de abandonos prematuros (Swift et al., 2018; Windle et al., 2020). Se observa que no se trata simplemente de contentar a quien acude a terapia; de hecho, el estudio de Swift et al. (2018) pone de relieve que no se encontraron diferencias significativas en cuanto al grado de satisfacción con la atención recibida cuando se compararon aquellos cuyas preferencias fueron integradas en su tratamiento y los que no. Queda por dilucidar cuál es el proceso mediante el cual este ajuste lleva a una intervención más exitosa.

Implicaciones Clínicas

Basándose en resultados obtenidos en los más de 50 estudios analizados sobre la importancia de las preferencias en psicoterapia, Swift et al. (2018) han elaborado una serie de recomendaciones clínicas: evaluar las preferencias de cada persona, presentado especial atención a aquellas que son más importantes para él/ella, al principio del tratamiento y periódicamente; facilitar la expresión de las preferencias, proporcionando información clara y fiable, reduciendo el miedo a molestar al profesional; explicar con claridad y neutralidad las diferentes opciones disponibles para el tratamiento de los problemas planteados, dadas las características y circunstancias de la persona; mostrar aceptación y no juzgar a la persona por sus preferencias, expresando, cuando sea necesario, las contraindicaciones éticas o clínicas pertinentes, la toma de decisiones en cuanto a la intervención debe hacerse de forma colaborativa entre ambos; explorar experiencias terapéuticas previas, indagando en aquellos aspectos que le resultaron útiles y los que no; no forzar la expresión de preferencias y respetar el deseo de la persona de no hacerlas explícitas o confiar en el criterio profesional. Puede consultarse una elaboración más detallada de estas recomendaciones en Inchausti et al. (2021).

Es responsabilidad del profesional explicar a cada persona la importancia de incluir este factor en la evaluación y el diseño de la intervención, facilitando cuanta información se necesaria para garantizar que se tome la mejor decisión posible. Se aconseja una presentación neutral de las opciones de tratamiento disponibles, es decir, que el clínico evite privilegiar sus propias preferencias

respecto a lo que puede ser mejor para el consultante. Por poner un ejemplo un tanto reduccionista: si se acuerda que lo que le pasa a la persona es que sufre un trastorno depresivo, teóricamente se le debería informar de todos los tratamientos que han demostrado ser eficaces en este tipo de casos (que no son precisamente pocos). Que el profesional sea competente en cada uno de ellos ya es otra cuestión que será discutida más adelante. En el hipotético caso de que fuera posible comenzar cada una de estas modalidades de terapia, la evidencia señala que hacerlo con aquella que fuera seleccionada por el consultante aumentaría la probabilidad de que el resultado fuera positivo.

El principio general a seguir, en definitiva, es tratar de adaptar la terapia a las preferencias manifestadas por la persona, siempre que sea posible. Acomodar la intervención a las preferencias es más sencillo cuando se trabaja en un equipo en el que participan varios profesionales y existe la posibilidad de asignar a cada uno los casos que mayor afinidad mostrasen. En algunos aspectos, esto ya sucede de forma natural cuando es el consultante el que pide cita con una especialista, en lugar de con un hombre, guiado por su preferencia de ser atendido por una mujer, por ejemplo. Cuando hay opciones, sería conveniente hacer esta evaluación previa antes de programar una primera sesión. El autor de este artículo ha tenido la experiencia de conocer centros de salud mental públicos, en su período como residente de psicología clínica, en los que se hacían reuniones de equipo donde se comentaban las derivaciones que llegaban y se asignaban a uno u otro facultativo teniendo en cuenta varios criterios, siendo uno de ellos las preferencias (en el caso de que constara alguna de ellas espontáneamente, no por haberse evaluado formalmente). También, por desgracia, se sabe que en otros centros no se sigue esta dinámica. Una evaluación sistemática, aunque fuera a modo de *screening* desde el servicio derivante o en el momento de recogida de la demanda, podría ser integrada en la organización con relativa facilidad.

En base a la evidencia disponible, la evaluación de las preferencias puede considerarse un aspecto que debería integrarse en todo proceso de psicoterapia desde los momentos iniciales. Esto se puede hacer de una manera menos estructurada, mediante la propia entrevista clínica, o con la ayuda de un instrumento estandarizado. En el caso de decantarse por la segunda alternativa, se encuentra disponible el Inventario de Preferencias de Cooper-Norcross, C-NIP (Cooper y Norcross, 2016). Se trata de un cuestionario dividido en dos bloques. El primero lo conforman preguntas de escala que exploran cuatro factores que hacen referencia a preferencias acerca de la mayor o menor directividad del terapeuta, mayor o menor intensidad emocional de las sesiones, la orientación temporal (centrarse en el pasado, el presente o el futuro de la persona) y un estilo cálido o confrontativo del profesional. En el segundo bloque se presentan una serie de preguntas abiertas que indagan en cuestiones tales como la frecuencia o duración preferida de las sesiones, el tipo de formato (individual, grupal, familiar, etc.), tipo de tratamiento, algunas características del clínico o situaciones que podrían ser tanto agradables como desagradables si se dieran durante la terapia, entre otras cuestiones. El C-NIP es un instrumento de acceso y uso libre (visitando la web <https://www.c-nip.net/>) del que existen versiones en diferentes idiomas, incluyendo una adaptación argentina (Santangelo y Conde, 2022). Actualmente se está llevando a cabo la validación con población española, como parte de un plan de

investigación sobre la influencia de las preferencias y expectativas en los resultados de la terapia (A. Rovira Samper, comunicación personal, 5 de febrero de 2023). Volviendo al ejemplo del diagnóstico de depresión, la evaluación de preferencias como las reflejadas en el C-NIP puede ayudar a encontrar de forma más precisa el mejor tipo de intervención para una persona determinada. Por ejemplo, una preferencia marcada por un enfoque directivo por parte del terapeuta orienta hacia la elección de un tratamiento como la Activación Conductual; una preferencia fuerte por la intensidad emocional señalaría la posibilidad de que la Terapia Centrada en la Emoción resultara idónea. Esto no dejan de ser simplificaciones a modo de ejemplo; evidentemente, una terapia de Activación Conductual puede hacerse de forma menos directiva y tener mucha intensidad emocional. De hecho, esto sería lo recomendable: sea cual sea el enfoque acordado, lo conveniente es que la forma de proceder se ajuste a aquellas preferencias que sea más importantes para la persona.

No debe olvidarse que hay unos límites a tener en cuenta con respecto a la acomodación de las preferencias. No se trata de aceptar cualquier cosa que el consultante proponga o desee. Estos límites los forman la evidencia empírica, la competencia del clínico y la ética profesional, y serán objeto de discusión en el siguiente apartado.

Norcross y Cooper (2021) han publicado un excelente manual monográfico en el que explican detalladamente como trabajar con este factor, desde el proceso de evaluación hasta la forma de acomodar las preferencias en la terapia. De manera muy resumida, proponen lo siguiente: cuando las preferencias están en consonancia con la evidencia actual, son éticamente aceptables y el terapeuta es competente en lo que se le pide, la mejor vía de acción es adaptarse completamente a lo que el consultante desea. En otras ocasiones, en función de los criterios anteriores, habrá que hacer modificaciones en el tratamiento, ofrecer alternativas o derivar a otro profesional o recurso. Cuando no se pueden cumplir con las preferencias de la persona, es importante respetarlas, validar sus sentimientos al no poder verlas satisfechas, explicar los motivos por los que esto debe ser así y buscar otra solución, de manera consensuada. De nuevo, favorecer la toma de decisiones informada.

Otros factores de relevancia clínica se asocian directa o indirectamente con estas prácticas terapéuticas. Por ejemplo, algunos de los factores e ítems del C-NIP hacen referencia a factores clave de la personalización de tratamientos basada en la evidencia, como el nivel de reactividad (Beutler et al., 2018a) o el estilo de afrontamiento (Beutler et al., 2018b), junto con la importancia de la alianza terapéutica (Flückiger et al., 2018). Así mismo, el trabajo con preferencias tiene aspectos en común con las prácticas basadas en el uso sistemático del feedback del consultante (Gimeno-Peón et al., 2018), especialmente cuando se utilizan metodologías como la propuesta por PCOMS, en el que los clínicos tratan de elicitar las ideas que las personas tienen acerca de lo que les pasa, lo que necesitan para cambiar y el rol esperado del terapeuta, con la intención de adaptarse lo máximo posible a dicho feedback (Duncan y Reese, 2015).

Implicaciones Éticas

Ayudar a explicitar y privilegiar las preferencias e ideas de las personas que acuden a terapia contribuye, entre otras cosas, a abandonar un modelo paternalista de la terapia y sustituirlo por

otro en el que se consideran las capacidades y autonomía de quien solicita ayuda (Norcross y Cooper, 2021). La cuestión traspasa los límites del encuadre de la psicoterapia y toca de lleno aspectos tan nucleares como el respeto a la Ley de Autonomía del Paciente (2002), vigente en España. En ese sentido, la evaluación y consideración de las preferencias ya no tiene que ver únicamente con la PBE en psicología, sino también con una necesidad ética. Desgraciadamente, en muchas ocasiones hay una falta de conocimiento o de cumplimiento de los imperativos éticos de los trabajadores de la salud mental (Pastor y Del Río, 2022). La mencionada ley abarca aspectos esenciales del ser humano, como la dignidad, el consentimiento informado y la libertad. Por ejemplo, el artículo 2.3 dice que *“el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”*; así mismo, en el artículo 2.6 se señala que *“todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”* (Ley 41/2002).

De la misma manera en que lo ético es tener en cuenta estas preferencias, también lo es la necesidad de conocer los límites existentes. Lo ético es considerar las preferencias y lo es, también, no ajustarse a deseos inaceptables de los consultantes. Por ejemplo, en el contexto de una terapia familiar o que incluya como paciente identificado a un menor, uno de los adultos implicados podría verbalizar su querencia por ocultar o falsear información clínicamente relevante. Otra situación que no es tan infrecuente como cabría esperar es aquella en la que una persona demande a un clínico que colabore en un engaño para conseguir atraer a la consulta a un tercero. Estas y otras situaciones no pueden ser aceptadas, pero tampoco deben ser criticadas sin más, sino que el papel del terapeuta consiste, en estos casos, en explicar el porqué del rechazo a sus preferencias.

Como se adelantó en el apartado anterior, junto con la ética profesional, la evidencia empírica y la competencia conforman los límites del trabajo con preferencias en psicoterapia. Como es de esperar, no se deben aceptar deseos de encuadrar el tratamiento de formas que la investigación actual haya demostrado que están desaconsejadas, ya sea por haberse comprobado que no contribuyen a mejores resultados o porque, directamente, pueden ser dañinas para alguna persona. Por otro lado, puede darse el caso en el que el consultante quiera implicarse en un tipo de tratamiento que sí goza de apoyo empírico, pero con respecto al cual el especialista no sea competente. En este caso, Norcross y Cooper (2021) aconsejan ofrecer alternativas adecuadas a la situación y en las que el clínico sea competente, o bien derivar a otro colega que tenga la suficiente pericia en el tratamiento preferido por el consultante.

Ahora bien, ¿hasta qué punto los terapeutas están dispuestos a adaptarse a los criterios de quienes solicitan sus servicios? Los primeros tienen sus propias preferencias, siendo una de las más contraproducentes aquella que privilegia de manera rígida e incuestionable su supuesto conocimiento experto y criterio clínico, en contraposición a las ideas y sugerencias de los consultantes. Esto es lo que algunos autores han denominado “terapeuta-centrismo”, una actitud que los estudios desaconsejan claramente (Norcross y Wampold, 2018). Téngase en cuenta que, muy probablemente, la

mayoría de los clínicos que adopten una postura similar lo hacen seguros de que su decisión es la más apropiada y potencialmente beneficiosa para el consultante. Se da por supuesto que la confianza en este proceder está basada en sus conocimientos teóricos y científicos y no en un criterio aleatorio. Por ejemplo, aquel profesional que trabaja desde un enfoque cognitivo-conductual convencido de que la evidencia empírica apoya la superioridad de su modelo frente a otras alternativas. Aunque se pudiera aceptar la anterior premisa, ¿es ético ignorar los estudios que demuestran la importancia de considerar las preferencias de la persona? ¿Es ético no informar sobre otras opciones, desaconsejarlas o criticarlas a pesar de que exista evidencia a su favor? Podría ser el caso del terapeuta de una orientación determinada que rechaza las clasificaciones diagnósticas al uso y la validez de los diseños de investigación empleados en los ensayos clínicos para decidir cuando un tratamiento se considera o no eficaz, basándose a su vez en otros estudios que sí confirman su propia teoría y visión de la terapia psicológica. No se trata de concluir si tiene razón o no; lo que se pretende señalar es que cualquier intervención que quiera considerarse rigurosa (científica y éticamente) debe tener en cuenta también las preferencias de la persona, lo que implica el respeto a su autonomía. Y esto es contrario a una postura profesional que no deja de ser rígida, por mucho que se quiera disfrazar de otras cosas.

Para finalizar este apartado, huelga decir que todo lo que se refiere a la autonomía y capacidad para decidir sobre la salud de uno mismo es válido para personas adultas y con las capacidades cognitivas necesarias conservadas. De hecho, los resultados de los estudios sobre la evaluación de las preferencias y su integración en la terapia provienen de muestras compuestas por población adulta, desconociéndose, por el momento, la importancia y aplicaciones que puedan tener con niños y adolescentes.

Discusión

En el apartado anterior se planteaba la cuestión de hasta qué punto es ético que un terapeuta privilegie su modelo teórico o metodología frente a otras opciones de intervención basadas en la evidencia. Las pruebas que apoyan el ajuste de las preferencias en terapia abren otro interrogante relacionado: entonces, ¿se deben poder manejar todas las alternativas de tratamiento disponibles? Parece claro que semejante objetivo resulta poco realista, especialmente si se piensa en el estudio de los tratamientos con apoyo empírico. ¿Es posible ser competente en la docencia de terapias que demostrado su eficacia para abordar la depresión? Se puede intentar, pero el riesgo más evidente es conocido: llegar a saber un poco de todo, sin ser experto en nada. Eso sin mencionar los problemas teóricos asociados.

Encontrar una explicación sólida a por qué ajustarse a las preferencias del consultante produce mejores resultados sigue siendo un tema pendiente. A simple vista, la evidencia sobre este asunto parece apoyar postulados afines a planteamientos como el de las prácticas pluralistas (McLeod, 2013), enfoques desde los cuales parece más sencillo acoger los principios y recomendaciones revisados. Sin embargo, deja en el aire cuestiones de base relativas a las teorías que tratan de explicar el funcionamiento de este tipo de modelos. Tampoco es algo que no suceda a menudo en muchos ámbitos de la psicoterapia: el conocimiento de cosas que funcionan, desconociendo el cómo lo hacen.

Sea como fuera, saber manejar adecuadamente estos factores es algo que requiere de habilidades terapéuticas generales, de la capacidad de adaptarse a las necesidades y características de cada persona, aspecto clave de la pericia clínica (Prado-Abril et al., 2019b). Explorar y ajustar preferencias es un proceso que exige precisión y comunicación explícita y clara. Por ejemplo, corregir y recoger las puntuaciones del C-NIP no es suficiente, tal y como señalan Norcross y Cooper (2021). Al fin y al cabo, como con tantos otros cuestionarios, lo que un ítem en concreto significa para una persona puede ser muy distinto a lo que entiende otra, incluido el especialista. Por ello es necesario comentar con el consultante sus respuestas, aclarando el sentido que tienen, clarificando dudas y ajustando expectativas. La propia conversación que envuelve la evaluación de las preferencias puede resultar terapéutica si se hace de la forma adecuada, ya sea por contribuir a afianzar la relación terapéutica o por el mensaje, implícito o explícito, que transmite que sus ideas son importantes y cuentan mucho a la hora de encontrar una solución a sus problemas.

En este trabajo de flexibilidad y adaptación, de desarrollo de la pericia clínica, cabe incluir prácticas reflexivas que ayuden al profesional a ser consciente de sus propias preferencias y de cómo se comporta respecto a las mismas, especialmente cuando entran en conflicto con las de las personas que atiende. El C-NIP incluye una versión para el terapeuta que facilita dicho proceso reflexivo. Otra herramienta útil es la versión en español del Cuestionario de Evaluación del Estilo del Terapeuta (Prado-Abril et al., 2019a), que permite reflexionar sobre la forma habitual de actuar del clínico en su trabajo diario. Así mismo, Norcross y Cooper (2021) aconsejan un trabajo personal en el que se considere concienzudamente en qué aspectos se es competente y en cuáles no, una mirada introspectiva donde priman la humildad y la sinceridad con uno mismo.

Para quien confíe plenamente en su modelo y forma de trabajar, cabe decir que no es necesario que cambie su metodología o siga otras orientaciones teóricas. Se le pide, eso así, la honestidad suficiente como para no tratar de forzar al consultante y hacer que sea este el que se adapte a sus preferencias profesionales, y no al revés. Ser capaz de explicar su enfoque, de defenderlo si así se quiere ver, refiriéndose a los datos que considere oportunos, pero informando de que existen otras alternativas (si así fuera el caso) y otros estilos, derivando a otro colega cuando esa fuera la vía de acción más aconsejable. De la misma manera que no se aconseja forzar a las personas a pasar por un tratamiento que no desean recibir, tampoco sería recomendable forzar al clínico a trabajar de manera integradora o pluralista si no encaja con su visión de la psicología y la psicoterapia. Probablemente sea más factible buscar una forma, dentro del propio marco teórico, que permita dar cabida a las características de la terapia deseadas por la persona. Más que la elección de un modelo de tratamiento, otro tipo de preferencias se encontrarán con mayor frecuencia en las consultas de psicología: el tipo de formato, el tipo de estructura de las sesiones, el foco, etc. Recurriendo de nuevo a la pericia, el clínico más eficaz será aquel capaz de acomodar estos factores en cada caso individual. Por ejemplo, un terapeuta de un enfoque considerado directivo, como la terapia cognitivo-conductual, encontrará la manera de interactuar de una forma que la persona perciba como no directiva sin dejar de ser fiel a los presupuestos teóricos de su

modelo. Y viceversa, una psicóloga clínica reacia a asignar tareas entre sesiones quizás logre salir de su zona de confort y satisfacer la demanda de un individuo ávido por probar cosas; un experto en terapia sistémica, con preferencia por un formato familiar de las sesiones, podrá ser capaz de trabajar de forma individual con quien muestre una fuerte predilección por hacerlo así; etc.

Ya se comentó que ser experto en todos los modelos, formatos y estilos no parece posible. Pero sí parece más abarcable adquirir competencias en algunas habilidades relacionadas con la adaptación a características relevantes de la persona, como las anteriormente señaladas: aprender a ser directivo y no directivo; a centrarse en los síntomas y en el individuo; a trabajar en formato individual y grupal; etc. Por ello es importante que los planes formativos de futuros profesionales que tengan entre sus competencias el ejercicio de la psicoterapia incluyan entrenamiento en habilidades de este tipo, con supervisión y feedback, basadas en un modelo de práctica constante e intencionada (Prado-Abril et al., 2019b).

Conclusiones

Evaluar, considerar y ajustar la psicoterapia a las preferencias de cada persona es una PBE que aumenta la probabilidad de que el tratamiento sea eficaz, por lo que todo profesional de la salud mental debería tenerlo en cuenta en su trabajo diario. Además de su importancia clínica, se trata de una cuestión ética que toca aspectos fundamentales como el respeto a la autonomía y la toma de decisiones informada. La flexibilidad de los terapeutas, dentro de unos límites, y su capacidad para adaptarse a los deseos de cada consultante es tan importante como el saber en qué circunstancias y qué tipo de preferencias no pueden ser aceptadas, teniendo como criterios clave la evidencia científica, la competencia profesional y la ética. No se trata de aceptar cualquier cosa que se le proponga, si no de construir un contexto de colaboración en el que las decisiones se lleven a cabo con suficiente información (fiable, actualizada, relevante, presentada de forma comprensible y no sesgada) y de manera consensuada, potenciando los recursos personales de los consultantes.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses.

Referencias

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Beutler, L. E., Edwards, C., & Someah, K. (2018a). Adapting psychotherapy to patient reactivity level: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1952-1963. <https://doi.org/10.1002/jclp.22682>
- Beutler, L. E., Kimpara, S., Edwards, C. J., & Miller, K. D. (2018b). Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1980-1995. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jclp.22684>
- Cooper, M., & Norcross, J. C. (2016). A brief, multidimensional measure of clients' therapy preferences: The Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.003>
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 52(4), 391-401. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000026>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508-519. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000185>
- Flückiger, C., Re, A. C. del, Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000172>
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñoz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García Cerdán, L., Osma, J., ... Ma, R. J. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: Una revisión selectiva [Evidence-based psychological treatments for adults: A selective review]. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Gimeno-Peón, A. (2021). *Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia*. Pirámide.
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A., & Prado-Abril, J. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 174-182. <https://doi.org/10.23923/pap-psicol2018.2872>
- Inchausti, F., Gimeno-Peón, A., & Prado-Abril, J. (2021). Características del consultante. En Fonseca-Pedrero, E. (coord.), *Manual de tratamientos psicológicos: Adultos* (pp. 71-88). Madrid: Pirámide.
- Jong, K. de, Conijn, J. M., Gallagher, R. A., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, 102002. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274.
- McLeod, J. (2013). Developing pluralistic practice in counselling and psychotherapy: Using what the client knows. *The European Journal of Counselling Psychology*, 2(1), 51-64. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.1999>
- Norcross, J. C., & Cooper, M. (2021). *Personalizing psychotherapy: Assessing and accommodating patient preferences*. American Psychological Association.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Pastor Morales, J. M., & Río Sánchez, C. D. (2022). Valoraciones éticas en psicoterapia: estudio con profesionales de salud mental en España. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 178-203. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.853>
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sanchez Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F., & Molinari, G. (2019a). La persona del terapeuta: Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 131-140. <https://doi.org/10.5944/rppc.24367>

- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F., & Sánchez-Reales, S. (2019b). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: El ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Rodríguez-Morejón, A. (2016). El cliente en psicoterapia: contribución al resultado terapéutico. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(1), 1-8. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.192551>
- Santangelo, P., & Conde, K. (2022). Preferencias Psicoterapéuticas: Versión argentina de las escalas PEX-1 y C-NIP-v1.1. *Revista de Psicología*, 41(1), 401-420. <https://doi.org/10.18800/psico.202301.015>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1924-1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- Valencia Agudo, F., García Haro, J., Viuda Suárez, M. E. D. L., Pérez Zabalza, A., & Gimeno Peón, A. (2015). Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias (II): Expectativas, preferencias e información de los usuarios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 473-485. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300003>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Windle, E., Tee, H., Sabitova, A., Jovanovic, N., Priebe, S., & Carr, C. (2020). Association of patient treatment preference with dropout and clinical outcomes in adult psychosocial mental health interventions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 294-302. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3750>