OQ-Analyst

Fecha de Revisión: Agosto de 2008

OQ-Analyst (OQ-A) es un sistema computarizado de retroalimentación y seguimiento de progreso diseñado para ayudar a aumentar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos. Midiendo el logro del progreso esperado durante la terapia, el sistema de seguimiento les da retroalimentación a los terapeutas sobre si los pacientes continúan encaminados hacia desenlaces positivos de tratamiento. Esta información se puede compartir con el paciente a la discreción del terapeuta. Además, el OQ-A puede prestar apoyo a las decisiones de los terapeutas a fin de maximizar la probabilidad de un desenlace positivo para el cliente.

Antes de las sesiones de terapia, los pacientes completan el Cuestionario de Desenlaces 45 (Outcome Questionnaire 45, ó OQ-45), un instrumento auto administrado de 45 preguntas. Las respuestas se ingresan en una computadora equipada con el software OQ-A, y genera un informe para el uso del terapeuta. El OQ-A utiliza estas respuestas para medir la calidad de la alianza terapéutica, motivación/expectativas del cliente, calidad de los apoyos sociales, eventos de vida negativos, y posible necesidad de una derivación para medicamentos. El OQ-A entonces sugiere un curso de tratamiento adecuado.

El OQ-A está diseñado para detectar la eficacia del tratamiento independientemente de la modalidad del tratamiento, el diagnóstico, o la disciplina del profesional tratante. Es adecuado para uso en entornos hospitalarios y ambulatorios.

Información Descriptiva

Áreas de interés	Tratamiento para el trastorno mental
Desenlaces	1: Disfunción psicológica
Categorías de desenlaces	Salud mental Funcionamiento social
Edades	18 – 25 (Adultos jóvenes) 26 - 55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)
Género	Masculino Femenino
Razas/Orígenes étnicos	Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Afro americano Hispano o Latino Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Blanco Raza/Origen étnico no especificado
Entorno	Ambulatorio
Zonas geográficas	Urbanas
Historia de la implementación	El OQ-A se usó por primera vez en los Estados Unidos en el año 2001 por una compañía de atención de salud especializando en el manejo de comportamiento. Cientos de sitios en los Estados Unidos han usado el programa, y más de 100,000 clientes han recibido la intervención. También se ha usado en Australia, Alemania y Noruega.
Financiamiento del NIH/ Estudios de investigación comparativa de efectividad	Parcial o totalmente financiado por los Institutos Nacionales de Salud: No Evaluado en estudios de investigación comparativa de efectividad: Sí
Adaptaciones	Hay disponibles versiones en español del instrumento OQ-A.
Efectos adversos	El diseñador del programa no identificó ningún efecto adverso, inquietud o consecuencia no intencionada.
Categorías de prevención del Instituto de Medicina (IOM)	Las categorías de prevención del IOM no aplican.

Desenlaces

Desenlace 1: Disfunción psicológica	
Descripción de medidas	La disfunción psicológica se midió usando el instrumento OQ-45, un instrumento auto administrado de 45 preguntas diseñado para medir el progreso del cliente repetidamente en el transcurso de la terapia. El progreso del cliente es monitoreado a lo largo de tres dimensiones: incomodidad subjetiva, relaciones interpersonales, y desempeño del rol social. Las posibles calificaciones varían de 0 a 180, donde los valores más altos reflejan niveles más graves de aflicción. La calificación total del OQ-45, una evaluación global del funcionamiento del cliente, se usó en los estudios revisados.
Hallazgos clave	En un estudio, los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de tres grupos: retroalimentación proporcionada tanto a pacientes como a terapeutas, retroalimentación proporcionada únicamente a los terapeutas, o ninguna retroalimentación / atención de costumbre. El progreso de los pacientes en la terapia se categorizó como marchando o no según lo previsto, basado en la evaluación de la trayectoria de la recuperación hecha por el OQ-A. Este estudio descubrió que: • El grupo de retroalimentación de pacientes y terapeutas demostró las mayores mejorías mientras que el grupo que recibió la atención de costumbre demostró las menores mejorías. • La diferencia entre el grupo de retroalimentación de pacientes y terapeutas y el grupo de atención de costumbre fue significativa ($p < .05$) con un efecto de tamaño pequeño (eta cuadrado = 0.04). • La diferencia entre los grupos de retroalimentación (tanto de pacientes y terapeutas como de terapeutas solamente) y el grupo que recibió la atención de costumbre fue significativa ($p < .05$) con un efecto de tamaño pequeño (eta cuadrado = 0.02). • La diferencia entre el grupo de retroalimentación de pacientes y terapeutas y el de terapeutas solamente fue significativa ($p < .05$) con un efecto de tamaño pequeño (eta cuadrado = 0.02). • Entre los clientes que no marchaban según lo previsto, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos que recibieron retroalimentación y el grupo que recibió la atención de costumbre, ni entre los dos grupos que recibieron retroalimentación. En otro estudio, los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos: retroalimentación proporcionada tanto a pacientes como a terapeutas, o retroalimentación proporcionada únicamente a los terapeutas. Para fines de comparación, el estudio utilizó un grupo en archivo que no recibió ninguna retroalimentación. El progreso de los pacientes en la terapia se categorizó como marchando o no según lo previsto, basado en la evaluación de la trayectoria de la recuperación hecha por el OQ-A. Este estudio descubrió que: • Los grupos que recibieron retroalimentación demostraron mayores mejorías que el grupo de comparación en archivo ($p < .001$). No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos que recibieron retroalimentación. • Entre los pacientes que marchaban según lo previsto, los dos grupos que recibieron retroalimentación demostraron mayores mejorías que el grupo de comparación en archivo ($p < .001$). De manera similar, entre los pacientes que no marchaban según lo previsto, los dos grupos que recibieron retroalimentación demostraron mayores mejorías que el grupo de comparación en archivo ($p < .001$).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1, Estudio 2
Diseños de los estudios	Experimental, Cuasi Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.3 (escala de 0.0 a 4.0)

Grupos Incluidos en los Estudios

Los siguientes grupos fueron identificados en los estudios revisados para Calidad de la Investigación.

Estudio	Edad	Género	Raza / Origen Étnico
Estudio 1	18 – 25 (Adultos jóvenes) 26 - 55 (Adultos)	68.2% Femenino 31.8% Masculino	94.5% Blancos 1.5% Afro americanos 1.5% Hispanos o Latinos 1.5% Nativos Hawaianos o de otras Islas del Pacífico 1% Asiáticos

Estudio	Edad	Género	Raza / Origen Étnico
Estudio 2	18 – 25 (Adultos jóvenes) 26 - 55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)	64% Femenino 36% Masculino	88% Blancos 5% Hispanos o Latinos 2% Nativos Hawaianos o de otras Islas del Pacífico 2% Raza/Origen étnico no especificado 1% Indígenas americanos o nativos de Alaska 1% Asiáticos 1% Afro americanos

Calidad de la Investigación

Los siguientes documentos fueron revisados para determinar la Calidad de la Investigación. El punto focal de investigación podrá proveer información sobre los estudios revisados y la disponibilidad de materiales adicionales, incluyendo aquellos de estudios más recientemente realizados.

Estudio 1

Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Slade, K. L., & Tuttle, K. C. (2004). The therapeutic effects of providing patient progress information to therapists and patients. Psychotherapy Research, 14(3), 308-327.

Estudio 2

Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., Slade, K., & Lutz, W. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools. Psychotherapy Research, 17(4), 379-392.

Materiales Suplementarios

Lambert, M. J., Whipple, J. L., Bishop, M. J., Vermeersch, D. A., Gray, G. V., & Finch, A. E. (2002). Comparison of empirically-derived and rationally-derived methods for identifying patients at risk for treatment failure. Clinical Psychology and Psychotherapy, 9, 149-164.

Vermeersch, D. A., Whipple, J. L., Lambert, M. J., Hawkins, E. J., Burchfield, C. M., & Okiishi, J. C. (2004). Outcome questionnaire: Is it sensitive to changes in counseling center clients? Journal of Counseling Psychology, 51, 38-49.

Índice de Calidad de la Investigación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

La calidad de los resultados reportados de cada intervención es evaluada independientemente por evaluadores externos, utilizando los siguientes seis criterios:

1. Confiabilidad de las medidas
2. Validez de las medidas
3. Fidelidad de la intervención
4. Falta de datos e índice de abandono
5. Posibles variables de confusión
6. Idoneidad del análisis

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección de Calidad de la Investigación.

Desenlace	Confiabilidad de las medidas	Validez de las medidas	Fidelidad	Datos faltantes / índice de abandono	Variables de confusión	Análisis de datos	Índice general
1: Disfunción psicológica	3.5	3.5	3.0	3.1	3.0	3.4	**3.3**

Fortalezas del Estudio

El OQ-45 es una medida confiable y válida. Ambos estudios estuvieron bien controlados y aleatoriamente asignados. Los tamaños de la muestra fueron suficientes. Los análisis fueron adecuados para los datos y las preguntas formuladas.

Debilidades del Estudio

Si bien los investigadores tuvieron control sobre la presentación de la retroalimentación que los terapeutas daban a los clientes, no se describieron medidas que examinaban específicamente la fidelidad de la intervención.

Plan de Diseminación

Los siguientes materiales fueron revisados para determinar el Plan de Diseminación. El punto focal de implementación podrá proveer información sobre la implementación de la intervención y la disponibilidad de materiales adicionales, actualizados o nuevos.

Materiales de Diseminación

Burlingame, G. M., Wells, M. G., Cox, J. C., Lambert, M. J., & Latkowski, M. (2005). Administration and scoring manual for the Y-OQ (youth outcome questionnaire) (Manual de administración y calificación para el cuestionario de desenlaces juveniles, "Y-OQ"). Salt Lake City, UT: OQ Measures.

Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., et al. (2004). Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (outcome questionnaire) (Manual de administración y calificación para el cuestionario de desenlaces, "OQ-45.2"). Salt Lake City, UT: OQ Measures.

Sitio Web de demonstración de OQ-Analyst, https://demo.oqanalyst.com

OQ Measures. (2005). OQ-Analyst user's guide v 3.05.01 (Guía de usuario de OQ-Analyst v 3.05.01). Salt Lake City, UT: Author.

OQ Measures. (2005). Orientación y capacitación [DVD]. Salt Lake City, UT: Author.

OQ Measures. (2006). Instrucciones para la demonstración en línea de OQ Analyst. Salt Lake City, UT: Author.

OQ Measures. (n.d.). Pautas de implementación para OQ-Analyst (OQ-A). Salt Lake City, UT: Author.

OQ Measures. (n.d.). Visión general del sistema OQ Analyst. Salt Lake City, UT: Author.

OQ Measures. (n.d.). Capacitación paso a paso sobre el OQ-A para personal clínico [diapositivas en PowerPoint]. Salt Lake City, UT: Author.

OQ Measures. (n.d.). Capacitación paso a paso sobre el OQ-A para personal de apoyo [diapositivas PowerPoint]. Salt Lake City, UT: Author.

Índice del Plan de Diseminación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

Evaluadores externos evalúan independientemente el Plan de Diseminación de la intervención, utilizando tres criterios:

1. Disponibilidad de los materiales de implementación
2. Disponibilidad de recursos de capacitación y apoyo
3. Disponibilidad de procedimientos de garantía de la calidad

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección Plan de Diseminación.

Materiales de implementación	Recursos de capacitación y apoyo	Procedimientos de garantía de la calidad	Índice general
4.0	3.8	4.0	**3.9**

Fortalezas de la Diseminación

Las guías de implementación y del usuario son detalladas y organizadas en forma lógica. Hay instrucciones claras y paso por paso sobre cómo instalar el software, administrar el cuestionario, e interpretar los reportes. Hay capacitación especializada disponible, en sitio o por teleconferencia, para múltiples roles del personal. El cuestionario sirve como instrumento de garantía de la calidad para seguir el progreso de los clientes y evaluar las destrezas del personal clínico.

Debilidades de la Diseminación

La mezcla de datos abundantes de investigación con la información del implementador en algunos de los materiales puede ser difícil de seguir. Se suministra a los estudiantes un plan de estudios de capacitación no estandarizado para suplementar los materiales de implementación.

Costos

La siguiente información de costos fue proporcionada por el diseñador del programa. Aunque esta información de costos pueda haber sido actualizada desde la fecha de la revisión, es posible que no refleje los costos actuales o la disponibilidad de artículos (incluyendo artículos recientemente desarrollados o discontinuados). El punto focal de implementación podrá proveer información actualizada y discutir requisitos de implementación.

Descripción del artículo	Costo	Exigido por el Diseñador
Software del sistema OQ-A, manuales del usuario y documentación	$200 por terapeuta por año para tres medidas	Sí
Medidas adicionales	$40 por terapeuta por año por cada medida adicional	No
Manuales técnicos para las medidas adicionales	$25 cada uno	No
Video de capacitación y orientación	Gratis	No
Seminarios por Internet (webinars) y otros videos de capacitación	Varía dependiendo de las necesidades del sitio	No
Capacitación inicial y de seguimiento en el sitio de ½ a 1 día de duración	Varía dependiendo de las necesidades del sitio	No
Asistencia técnica y apoyo en la instalación	$150 por sitio	Sí

Información Adicional

El promedio del costo de arranque para el sistema anfitrión es aproximadamente $3 por paciente por año, incluyendo el software y el hardware. El costo anual a partir de entonces es menos de $1 por paciente.

Replicaciones

A continuación se presentan citas seleccionadas. Un asterisco indica que el documento fue revisado para determinar la Calidad de la Investigación.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. Clinical Psychology and Psychotherapy, 9, 91-103.

Información de Contactos

Para información sobre la implementación:

Sue Jenkins
(888) 647-2673
sue.jenkins@oqmeasures.com

Para información sobre la investigación:

Michael J. Lambert, Ph.D.
(801) 422-6480
michael_lambert@byu.edu

Para más información, visite:

- **http://www.oqmeasures.com**

Considere estas Preguntas a Formular (PDF, 175KB) a medida que explora los posibles usos para esta intervención.

Este PDF se generó a partir de http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=22 el 25 de enero de 2012.