



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**FEEDBACK DEL CLIENTE COMO MÉTODO  
PARA INCREMENTAR EL PROGRESO  
TERAPÉUTICO Y REDUCIR EL ABANDONO  
PREMATURO: PROCESO Y RESULTADOS TRAS  
12 SESIONES DE TERAPIA**

Autora: Silvia Lucena Papiol

Tutora profesional: M<sup>a</sup> Elena Gismero González

Tutora Metodológica: María Cortés Rodríguez

Madrid

Mayo, 2019

Silvia  
Lucena  
Papiol

**FEEDBACK DEL CLIENTE COMO MÉTODO PARA INCREMENTAR  
EL PROGRESO TERAPÉUTICO Y REDUCIR EL ABANDONO  
PREMATURO: PROCESO Y RESULTADOS TRAS 12 SESIONES DE  
TERAPIA**



## **RESUMEN**

Recoger el feedback del cliente sobre el progreso y la alianza terapéutica de forma rutinaria ha demostrado resultados positivos tanto en mejorar los resultados de la psicoterapia como en disminuir el abandono prematuro. Dada la inexistencia de estudios realizados en población española sobre el uso del feedback, el propósito del presente estudio tiene como objetivo analizar si se producen estas mejoras tras implementar el Partners for Change Outcome Monitoring System (PCOMS) como sistema de feedback en pacientes que asisten a la Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI) en Madrid (España). Se utilizó un diseño cuasiexperimental pretest-posttest con un grupo control y sistema de doble cegado. Tras comparar el grupo experimental (n=13) con el grupo control (n=7) pasadas 12 sesiones de tratamiento, no se ha podido demostrar que el sistema de feedback reduce el número de abandonos ni que mejora el progreso terapéutico. Sin embargo, este sistema de feedback ha permitido identificar qué pacientes se están deteriorando y/o no han revelado ningún cambio y se han podido analizar las características que éstos presentan. Adicionalmente, se ha encontrado una correlación positiva entre la alianza terapéutica en las primeras sesiones de terapia y el resultado del tratamiento. Por último, se han discutido las limitaciones del estudio, otros hallazgos e ideas para futuras investigaciones.

Palabras clave: feedback del cliente, alianza terapéutica, progreso terapéutico, PCOMS, abandono prematuro

## **ABSTRACT**

Collecting client feedback routinely about the progress of the treatment and the therapeutic alliance has demonstrated improved psychotherapy outcomes and reductions in premature dropout. Due to the lack of feedback-use studies with a Spanish population, the purpose of this study was to analyze if these improvements occur after implementing the Partners for Change Outcome Monitoring System (PCOMS) as a feedback system in patients attending at the Psychosocial Intervention Unit (UNINPSI) in Madrid (Spain). We used a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group and double blind system. After comparing the feedback condition (n=13) against the treatment as usual (n=7) after 12 treatment sessions, it has not been possible to demonstrate that neither the feedback system reduces the number of dropouts nor that it improves therapeutic progress. However, this feedback system has allowed us to identify which patients are deteriorating and/or have not revealed any changes and have been able to analyze the characteristics they present. Furthermore, a positive correlation has been found between the therapeutic alliance in the first sessions of therapy and the result of the treatment. Finally, limitations of the study, further findings and ideas for future research are discussed.

Key words: client feedback, therapeutic alliance, therapeutic progress, PCOMS, premature dropout.

La interrupción prematura de la psicoterapia puede definirse como el abandono de la intervención antes de la recuperación de los problemas que llevaron al cliente a buscar tratamiento (síntomas, deterioro funcional, estrés, etc.), es decir, la finalización de la intervención sin alcanzar metas terapéuticas ni obtener beneficio para el paciente (Swift y Greenberg, 2012).

Anderson (2015) ha clasificado dos tipos de abandono prematuro; el abandono prematuro temprano, cuando el paciente asiste a 5 o menos sesiones y el abandono prematuro tardío, cuando el paciente asiste al menos a 6 sesiones.

El abandono terapéutico prematuro es un problema generalizado que limita la efectividad de las intervenciones dirigidas a mejorar problemas de salud mental (Anderson, 2015; Nantz, Liu-Seifert y Skljarevski, 2009; Swift y Greenberg, 2012).

Un metaanálisis llevado a cabo por Swift y Greenberg (2012) ha concluido que 1 de cada 5 clientes abandonan la terapia prematuramente (citado en Østergård, Randa y Hougaard, 2018; Swift y Greenberg, 2012). En otro metaanálisis, Swift, Greenberg, Tompkins y Parkin (2017) encontraron que un 21.9% de los clientes ha interrumpido prematuramente el tratamiento. Además, los pacientes que tuvieron tratamiento farmacológico tenían mayor probabilidad de abandonar la terapia en comparación con pacientes asignados a psicoterapia sin tratamiento farmacológico (1.2 veces mayor).

Asimismo, Westert (2010) ha encontrado que entre un 5-30% de los clientes abandonan la terapia y no se benefician del tratamiento (citado en Janse, De Jong, Van Dijk, Hutschemaekers y Verbraak, 2017). Y más recientemente, otros autores han determinado que entre un 40-60% de pacientes no se benefician del tratamiento (Gimeno-Peón, Barrio-Nespereira y Prado-Abril, 2018).

El abandono prematuro puede tener un impacto negativo tanto en los pacientes como en los terapeutas, en centros sanitarios y en la sociedad (Swift y Greenberg, 2012; Swift et al., 2017). En el paciente provoca peores resultados de tratamiento y genera sentimientos de insatisfacción. Asimismo, se ha demostrado que el abandono terapéutico aumenta la probabilidad de experimentar una recaída sintomática y otros efectos indeseables (Nantz et al., 2009). A nivel profesional, los terapeutas pueden experimentar sensaciones de fracaso y desvalorización. A nivel social, puede verse reflejado un mayor número de enfermedades mentales debido a los abandonos. Por otro lado, los centros sanitarios pueden experimentar una pérdida de pacientes al haber una limitación en el número de personas que pueden atender, además de presentar una pérdida de ingresos y de tiempo debido al abandono prematuro (Barrett et al., 2008, Lampropoulos, 2010 y Reis y Brown, 1999, citado en Swift y Greenberg, 2012). Además, algunos autores enfatizan que los costes de la atención médica deben reducirse,

haciendo que los tratamientos sean más eficientes (Weinstein y Skinner, 2010 citado en Janse et al., 2017).

Varios estudios refieren que existe una asociación entre el abandono y peores resultados del tratamiento (Zimmermann, Rubel, Page y Lutz, 2017).

Analizando las variables relacionadas con los terapeutas que pueden influir en el abandono prematuro, se ha visto que los datos demográficos, las prácticas laborales, la participación en actividades de desarrollo profesional, creencias sobre aprendizaje, el género del terapeuta, sus calificaciones, los años de experiencia y el tiempo dedicado a la terapia no tienen relación con el resultado terapéutico (Walfish, McAllister, O'Donnell y Lambert, 2012; Malouf, 2012, citado en Miller, Hubble y Chow, 2018).

Si nos centramos en las variables de los pacientes, se ha visto que el estado socioeconómico, la etnia, la educación y la edad del paciente no afectan significativamente a la interrupción de la psicoterapia (Anderson, 2015; Kegel y Flückiger, 2015; Swift y Greenberg, 2012). En contraposición, se ha encontrado que la mala alianza terapéutica (Anderson, 2015; Kegel y Flückiger, 2015), la menor motivación al tratamiento, menor autoeficacia y mayor hostilidad e impulsividad pueden ser predictores del abandono prematuro (Kegel y Flückiger, 2015), siendo la alianza terapéutica el predictor más significativo (Anderson, 2015; Kegel y Flückiger, 2015).

Un metaanálisis llevado a cabo por Wampold (2015) y un estudio de Rossetti y Botella (2017) han encontrado una correlación positiva entre la alianza terapéutica y el resultado del tratamiento. Más concretamente, McAleavey y Castonguay (2015) han encontrado una correlación positiva ( $r=.22$ ) entre la alianza medida en las primeras sesiones del tratamiento y el resultado general de los síntomas. Rossetti y Botella (2017) refieren que una buena alianza terapéutica debe establecerse entre la tercera y la quinta sesión, aunque la calidad de ésta no es constante a lo largo del tiempo; diferentes investigaciones han descrito distintos patrones en la evolución de la alianza (lineal, forma de “U”, forma de “V”).

Dos revisiones metaanalíticas realizadas por Martin, Garske y Davis (2000) y por Norcross (2002) vieron que la calidad de la alianza terapéutica representaba un 5% de la variancia del resultado terapéutico. Sin embargo, más recientemente Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz y Gallop (2011) han medido la alianza terapéutica de una forma más precisa y se ha evidenciado que la calidad de la alianza terapéutica representa el 15% de la varianza de resultado (citado en Feinstein, Heiman y Yager, 2015).

Si nos centramos en los diferentes factores que influyen en el progreso psicoterapéutico, se pueden encontrar diferentes aportaciones al respecto:

Inicialmente, Lambert en 1992 estableció que el 40% de la mejora terapéutica proviene de variables extraterapéuticas, el 30% de la alianza terapéutica, el 15% de la expectativa y placebo y el 15% restante de la técnica o modelo empleado (citado en Milovanov, 2017).

Más recientemente, Sparks y Duncan (2015) refieren que el 86% del cambio es debido a factores del cliente, el 21-42% debidos al efecto de la retroalimentación, el 36-50% al efecto de la alianza terapéutica, 14% a los efectos del tratamiento, 36-57% a los efectos del terapeuta, 7% al modelo o técnica utilizada y un 28% la expectativa del cliente y lealtad al terapeuta.

Por otro lado, Wampold e Imel (2015) han establecido que el 86% de los resultados provienen de factores extraterapéuticos, entre un 0 a 1% del modelo o la técnica empleada y aproximadamente el 14% de factores comunes interrelacionados (citado en Milovanov, 2017).

Si nos centramos más concretamente en los factores comunes, éstos son aquellos elementos que son comunes en diferentes tratamientos psicoterapéuticos y no se restringen a ninguna escuela de psicoterapia (McAleavey y Castonguay, 2015). Un estudio llevado a cabo por Botella y Maestra (2016) ha evidenciado que los factores comunes explican un 30% del resultado terapéutico y son comunes a todas las orientaciones en igual medida.

Gaitan-Sierra y Hyland (2015) mencionan que los factores comunes hacen referencia al vínculo terapéutico, la expectativa de respuesta y el empoderamiento. Aún así, los factores comunes que han demostrado efectividad afectando a los resultados terapéuticos son: la alianza terapéutica (en terapia individual, en terapia con jóvenes y en terapia familiar), la empatía, recoger el feedback del paciente, la cohesión en terapia grupal y mantener expectativas positivas (Feinstein et al., 2015; Gimeno-Peón et al., 2018).

A lo largo de los últimos años se ha ido dando importancia al feedback del paciente y se han realizado diferentes estudios para ver su efecto.

Los hallazgos encontrados por Nantz et al. (2009) destacan la importancia de monitorizar la respuesta terapéutica en la práctica clínica como una medida para evitar el abandono de los pacientes.

Asimismo, diferentes grupos dentro de *American Psychological Association* (APA) han recomendado una evaluación rutinaria y continua de la respuesta del cliente durante el tratamiento:

Por un lado, el equipo de trabajo de la división 29 de *Task Force* sobre las relaciones empíricamente apoyadas alientan a los terapeutas a cultivar la relación terapéutica y también recomiendan monitorizar rutinariamente las respuestas de los pacientes sobre la relación terapéutica y el tratamiento. Refieren que este proceso de feedback ofrece oportunidades para

restablecer la colaboración, mejorar la relación, modificar estrategias y técnicas y evitar la terminación prematura de la terapia (Norcross y Wampold, 2011).

Por otro lado, el grupo de trabajo de la APA sobre prácticas basadas en la evidencia refiere que supervisar el progreso del paciente y monitorizar la alianza terapéutica puede ayudar a ajustar el tratamiento y permite atender a las barreras para el compromiso y el cambio. Además, consideran que la supervisión del progreso del paciente y el ajuste del tratamiento es esencial para una buena práctica basada en la evidencia (American Psychological Association, 2006).

De igual forma, Ackerman (2001) destaca que el feedback del paciente nos ayuda a reparar las rupturas de la alianza, a mejorar la relación y evitar la terminación prematura. Un estudio llevado a cabo por Janse et al. (2017) vio que el feedback tiene un efecto positivo en la relación terapéutica. Según Lambert (2001), el feedback continuo puede ayudar a los terapeutas a determinar cuándo la terapia no es efectiva e identificar el deterioro del cliente con el fin de brindar oportunidades para realizar los cambios necesarios en el tratamiento o enfoque (Duncan y Reese, 2015; Østergård et al., 2018; Reese, Norsworthy y Rowlands, 2009). Según Feinstein et al. (2015), recoger el feedback del paciente, reparar rupturas de la alianza y gestionar la contratransferencia puede reducir los resultados adversos de la psicoterapia. De este modo, el feedback sistemático se puede considerar una estrategia que mejora la calidad de la terapia (Duncan y Reese, 2015; Miller et al., 2018) y, más concretamente, monitorizar la alianza terapéutica es un buen predictor de resultados significativamente positivos en terapia (Feinstein et al., 2015; Harmon et al., 2007 citado en Reese, Toland, Slone y Norsworthy, 2010).

Actualmente, existen dos intervenciones sistemáticas para obtener feedback continuo, el *Outcome Questionnaire System* (OQ System) y el *Partners for Change Outcome Monitoring System* (PCOMS), que han demostrado ganancias significativas en los tratamientos, mostrando una mayor efectividad en la terapia y un menor número de abandonos. Estos sistemas han sido incluidos en la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) del Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en la Evidencia (Reese, Duncan, Bohanske, Owen y Minami, 2014; Slone, Reese, Mathews-Duvall y Kodet, 2015).

Si nos focalizamos más concretamente en el PCOMS, éste ha mostrado beneficios tanto para los terapeutas como para los clientes independientemente de las orientaciones teóricas de los terapeutas o diagnósticos de los clientes (Duncan y Reese, 2015; Reese et al., 2017). Además, se ha visto que las variables demográficas del paciente tienen poco impacto en la efectividad de este instrumento. Aún así, se ha podido observar que los pacientes que asisten involuntariamente a terapia presentan peores resultados en las tasas de readmisión que los clientes voluntarios (Reese et al., 2017).

El PCOMS es un enfoque centrado en el paciente que promueve su compromiso y valora de forma explícita su opinión en el proceso del tratamiento (Reese et al., 2017). Está compuesto por dos escalas: la Escala de Medición de Resultados (ORS) y la Escala de Evaluación de la Sesión (SRS).

Estas escalas están diseñadas para identificar los clientes que no están respondiendo adecuadamente a la terapia. De esta manera, Duncan et al. (2003) destacan que una de las ventajas de evaluar la relación y el progreso de forma conjunta en cada sesión es que permite una respuesta inmediata dentro de la sesión (Reese et al., 2009) con el fin de abordar la falta de progreso y desarrollar nuevos enfoques de manera colaborativa.

La Escala de Medición de Resultados (ORS) (Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud, 2003) tiene como objetivo evaluar el nivel de progreso terapéutico percibido por el paciente a lo largo de la terapia. Consta de cuatro ítems que se miden utilizando cuatro subescalas analógicas visuales de 10 centímetros de longitud. Se solicita responder pensando en la semana pasada y evalúa el bienestar general (subescala global), el bienestar individual (subescala individual), el bienestar con las relaciones cercanas y familiares (subescala interpersonal) y el bienestar en el trabajo/escuela (subescala social funcional).

La Escala de Evaluación de la Sesión (SRS) (Duncan et al., 2003) tiene como objetivo valorar la alianza terapéutica con los clientes en cada sesión. Consta de cuatro ítems que se miden utilizando cuatro subescalas analógicas visuales de 10 centímetros de longitud. Se solicita responder pensando en cómo se siente el paciente a lo largo de las sesiones y evalúa si el paciente se ha sentido escuchado, entendido y respetado en sesión (subescala de relación), si se ha trabajado o hablado acerca de los temas que el paciente quería trabajar (subescala de objetivos y metas), si el enfoque y las técnicas utilizados le han gustado (subescala de enfoque y método) y la calificación general de la sesión actual o si ha echado en falta algunas cosas (subescala general).

Se han llevado a cabo seis ensayos clínicos aleatorizados en EEUU, Europa y Asia que han demostrado la efectividad del PCOMS. En estos estudios, los pacientes en condiciones de feedback han obtenido un cambio mayor y más rápido que los pacientes en grupo control en terapia individual (Reese et al., 2009; She et al., 2018), en terapia de pareja (Ankara, Duncan y Sparks, 2009; Reese et al., 2010) y en terapia grupal (Schuman, Slone, Reese, y Duncan, 2014; Slone et al., 2015).

Los primeros ensayos llevados a cabo en terapia individual en EEUU evidenciaron que aproximadamente el 50% de los clientes en condición de feedback mostraban un cambio fiable entre la séptima y novena sesión y, al finalizar el tratamiento, el grupo feedback había evidenciado mayores cambios confiables que el grupo control (80% vs 54.2% en el estudio 1 y

66.67% vs 41.4% en el estudio 2) (Reese et al., 2009). Asimismo, el primer ensayo clínico realizado en Asia (China) muestra que los pacientes en la condición de feedback también mejoran significativamente frente al grupo control. En este ensayo los terapeutas no administraron las medidas del PCOMS en sesión, sino que fueron administradas por una persona externa al encuentro terapéutico (los terapeutas tenían acceso a las respuestas del PCOMS sólo el grupo experimental). Este estudio muestra que el 66.7% de los pacientes del grupo experimental lograron un cambio confiable y clínicamente significativo después de 4 sesiones, mientras que el 57% de los pacientes en la condición control lograron un cambio confiable y clínicamente significativo después de 6 sesiones. Además, los pacientes resistentes demostraron una mejora mayor a 6 veces la tasa de cambio confiable en comparación con la condición control (She et al., 2018).

En la misma línea, el ensayo clínico realizado en Noruega por Anker, Duncan y Sparks (2009) focalizado en terapia de pareja mostró que la intervención en condición de feedback logró una tasa de cambio significativo casi 4 veces mayor y los sujetos mantuvieron una tasa significativamente menor de separación o divorcio pasados 6 meses tras finalizar la terapia. Un año más tarde, otro ensayo clínico mostró que las parejas en condición de feedback presentaban mayor probabilidad de experimentar un cambio clínicamente significativo (48.1%) en comparación con la condición habitual (26.3%) (Reese, et al., 2010).

Los últimos ensayos se focalizaron en la influencia del feedback en terapia grupal, y éstos han evidenciado que el grupo experimental presentaba mayores tasas de cambio confiable (32.6% vs 17.1%) y mayores tasas de cambio clínicamente significativo (41.9% vs 29.3%) (Slone et al., 2015). El estudio llevado a cabo por Schuman et al. (2014) únicamente utilizó medidas de ORS en ambas condiciones experimentales, teniendo acceso sólo a los resultados del grupo experimental y también ha evidenciado un cambio clínicamente significativo y un incremento en las puntuaciones del ORS. Además, los pacientes del grupo experimental asistieron a un mayor número de sesiones grupales en comparación con el grupo control (Schuman et al., 2014; Slone et al., 2015).

Por otro lado, la eficacia de este sistema de intervención también está respaldada por diversas investigaciones que usaron una metodología de cohortes y “benchmarking”. De esta forma, se han obtenido resultados clínicamente significativos con el uso de feedback continuo en los servicios públicos de psicoterapia (Reese et al., 2014) y en una unidad de pacientes hospitalizados de atención aguda en EEUU (Reese et al., 2017). Además, se ha visto que pacientes que lograron resultados clínicamente significativos presentaban una menor probabilidad de reingresos futuros.

Otro estudio realizado en Europa que ha demostrado efectividad se ha llevado a cabo en Irlanda con una población infantil (sujetos de 7-11 años) y encontró que la incorporación del feedback en sesión se asocia a una mayor reducción de la angustia psicológica en niños que experimentan dificultades sociales, emocionales y comportamentales. Además, los niños identificados como discapacitados reportaron mayores ganancias (Cooper, Stewart, Sparks y Bunting, 2012).

Por otro lado, se han reportado diversos metaanálisis que respaldan los hallazgos mencionados anteriormente. Una revisión metaanalítica llevada a cabo por Shimokawa, Lambert, y Smart (2010) reveló que los clientes en una condición de feedback tenían menos de la mitad de probabilidades de experimentar deterioro y aproximadamente 2.6 veces más probabilidades de lograr una mejora confiable comparándolo con los sujetos en tratamiento habitual (Duncan y Reese, 2015; Reese et al., 2014). Asimismo, otro metaanálisis de estudios de PCOMS realizado por Lambert and Shimokawa en 2011 ha mostrado que los clientes en el grupo de feedback tienen una probabilidad 3.5 veces mayor de experimentar cambios confiables y menos de la mitad de probabilidades de experimentar deterioro (Duncan y Reese, 2015; Reese et al., 2014; Slone et al., 2015).

Más recientemente se han encontrado evidencias sobre que el feedback no es igual de efectivo para todos los pacientes y terapeutas.

Un metaanálisis realizado por Østergård et al. (2018) ha visto que el PCOMS no fue beneficioso para los clientes que no mejoraban ni para evitar el deterioro del cliente. Más concretamente, ha encontrado que los estudios realizados en entornos psiquiátricos no obtuvieron un efecto significativo del PCOMS mientras que en entornos de counseling si lo obtuvo (Østergård et al., 2018). Estos autores refieren que a pesar de que el PCOMS asume que es útil para todos los pacientes, no ha desarrollado suficientes herramientas para los pacientes que no muestran una respuesta positiva esperada hacia el tratamiento. En contraposición, otros autores refieren que el feedback es efectivo en pacientes que no se benefician de la psicoterapia (De Jong et al., 2014) y el 50% de los terapeutas informan de mejores resultados en pacientes que no suelen beneficiarse de la terapia (Lutz, De Jong, Rubel, 2015).

Østergård et al. (2018) plantean la hipótesis de que los resultados del PCOMS pueden estar sesgados por la lealtad al terapeuta (deseabilidad social). Aunque un estudio realizado por Reese et al. (2013) ha encontrado que en presencia del terapeuta los resultados del SRS no son superiores a los resultados en su ausencia (citado en Østergård et al., 2018).

Analizando la conducta de los terapeutas, se ha evidenciado que los terapeutas tienen dificultades para predecir qué pacientes se deterioran durante la terapia y qué pacientes abandonarán la terapia. Se ha visto que los terapeutas tienen tendencia a sobreestimar su

habilidad como terapeuta y subestimar las tasas de deterioro de los clientes (De Jong et al., 2014; Østergård et al., 2018; Walfish et al., 2012).

Un estudio realizado por Hannan (2005) ha visto que los terapeutas pudieron predecir un 2.5% de los pacientes que se deterioran al final de la terapia, mientras que el grupo que llevó a cabo un sistema de feedback pudo predecir el 77% de los casos (citado en Østergård et al., 2018). Se ha visto que a través del PCOMS se han podido identificar entre un 25.7-81.3% pacientes que no mejoran (Østergård et al., 2018).

Por otro lado, estudios recientes sugieren que el feedback no es igual de efectivo en diferentes circunstancias y si no se implementa de forma óptima puede reducir su eficacia (De Jong, 2016; De Jong, van Sluis, Nugter, Heiser y Spinhoven, 2012).

La correcta implementación del PCOMS requiere abordar de forma proactiva el feedback del paciente de modo que se recopile la información que proporciona el paciente y se integre en la sesión terapéutica (Duncan y Reese, 2015).

Se ha encontrado que muchos terapeutas son reacios y pueden tener una actitud negativa hacia el feedback (De Jong, 2016; De Jong y De Goede, 2015). Dos estudios recientes han encontrado que la mitad de los terapeutas no habían usado la retroalimentación que han recibido (De Jong et al. 2012; Simon et al. 2012, citado en De Jong, 2016). Una investigación realizada por Aoun et al. (2002) mostró que el 44% de los terapeutas pensaban que el feedback era una pérdida de tiempo y un 66.6% de los terapeutas no estaban dispuestos a usar el feedback, incluso sabiendo que tiene utilidades positivas para la terapia (citado en De Jong, 2016; De Jong y De Goede, 2015; De Jong et al., 2012).

Algunos autores han reflejado que esta resistencia puede ser mantenida por el miedo de que el feedback revele que no son efectivos (De Jong, 2016; De Jong y De Goede, 2015).

La actitud del clínico hacia el feedback, la validez percibida del feedback y su compromiso en utilizarlo son elementos clave para su implementación. Se ha visto que los terapeutas con una actitud negativa son menos propensos a utilizar el feedback (De Jong, 2016; De Jong y De Goede, 2015; De Jong et al., 2012). Como aspecto positivo, se ha visto que los terapeutas estarán más comprometidos con el uso del feedback si lo vinculan con objetivos personales (De Jong et al., 2012) y los terapeutas con mayor autoeficacia serán más eficaces mejorando los casos de riesgo (De Jong, 2016).

De Jong y De Goede (2015) encontraron que el feedback es más útil cuando el terapeuta está motivado en lograr el éxito terapéutico y no en prevenir el fracaso (De Jong, 2016). Los terapeutas que tienen un enfoque orientado hacia el éxito han logrado un mejor progreso en pacientes que no se benefician de la terapia, aunque se ha encontrado que los terapeutas con un

enfoque de prevención tuvieron una actitud más positiva que terapeutas con un enfoque de éxito (De Jong y De Goede, 2015).

Hasta el momento, no existe ningún estudio realizado en población española sobre los beneficios del feedback en psicoterapia. Por esta razón, el propósito del presente estudio es analizar el uso del PCOMS en una muestra española con el fin de ver si se produce una mejora en la intervención clínica y si disminuye la tasa de abandono terapéutico.

Este estudio también pretende realizar una búsqueda exhaustiva de bibliografía para ver qué elementos contribuyen en la mejora de la psicoterapia y analizar cómo influye el feedback del paciente en los resultados terapéuticos. Asimismo, tiene como objetivo analizar la actitud de los terapeutas hacia este método de retroalimentación y ver si su actitud influye en los resultados terapéuticos.

De este modo, este estudio presenta cuatro hipótesis principales. En la primera hipótesis, esperamos que los pacientes del grupo experimental presenten una menor tasa de abandono terapéutico que los pacientes del grupo control. En la segunda hipótesis, se espera que los pacientes del grupo experimental presenten un mayor progreso terapéutico que los pacientes del grupo control. La tercera hipótesis plantea que los terapeutas que creen que el feedback del paciente es importante para el avance terapéutico, incorporarán y utilizarán en mayor medida el feedback que aporta el paciente en las sesiones. Por último, en la cuarta hipótesis, se espera que los terapeutas que utilicen el feedback del paciente en las sesiones obtengan mejores resultados en la escala de SRS y presenten un mayor progreso terapéutico que los terapeutas que no utilizan el feedback del paciente.

## **MÉTODO**

Con el fin de valorar el PCOMS como método para incrementar la efectividad de la psicoterapia, la presente investigación emplea un diseño cuasiexperimental pretest-posttest con un grupo control y sistema de doble cegado. Es un estudio empírico con metodología cuantitativa.

### *Participantes*

La muestra del presente estudio está compuesta por sujetos adultos que asisten voluntariamente a terapia individual en la Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI) en Madrid, España.

La muestra inicial estaba compuesta por 82 sujetos; 50 participantes pertenecían al grupo experimental (un 61%) y 32 participantes pertenecían al grupo control (un 39%). Cincuenta y un participantes fueron excluidos por no haber entregado el cuadernillo de cuestionarios en alguna de las dos fases del tratamiento (32 participantes del grupo experimental

y 19 participantes del grupo control) y a lo largo de la intervención han abandonado la terapia un total de 11 participantes (5 sujetos pertenecientes del grupo experimental y 6 sujetos del grupo control).

El criterio de exclusión de la investigación incluye si el paciente no ha entregado el cuadernillo de cuestionario en la fase de pre-tratamiento o en la sesión 12.

La muestra final se compone de 20 participantes; 7 hombres (35%) y 13 mujeres (65%). La media y la mediana de edad fue de 29.26 y 23 años respectivamente (SD: 14.059) con edades comprendidas entre los 18 y 77 años. Un participante no indicó su edad. Trece participantes pertenecen al grupo experimental (65%) y 7 participantes pertenecen al grupo control (35%).

Los pacientes se pueden situar en diferentes condiciones de terapia. Dieciséis pacientes reciben terapia con un solo terapeuta, 1 paciente recibe coterapia con dos terapeutas expertos y 3 pacientes reciben coterapia con un terapeuta experto y un alumno en especialización y presentan la ayuda de un equipo terapéutico de observación a través de un espejo unidireccional.

Si nos centramos en el grupo experimental, 10 sujetos son mujeres (76.9%) y 3 sujetos son hombres (23.1%). Analizando las características sociodemográficas de la muestra, únicamente se ha podido obtener la información de 4 sujetos, de modo que se desconocen las características de 9 de ellos. De este modo, podemos ver que 4 participantes son de nacionalidad española (30.8%) y el estado civil de la muestra consiste en tres participantes solteros (23.1%) y un participante divorciado (30.8%). En cuanto a la situación laboral de los sujetos, un participante está estudiando (7.7%), dos participantes están trabajando (15.4%) y un participante está llevando a cabo trabajo doméstico no remunerando (7.7%).

Si nos centramos en el grupo control, 3 sujetos son mujeres (42.9%) y 4 sujetos son hombres (57.1%). Analizando las características sociodemográficas de la muestra, únicamente se ha podido obtener la información de 4 sujetos, de modo que se desconocen las características de 3 de ellos. Si nos focalizamos en la nacionalidad, podemos ver que 3 sujetos son españoles (42.9%) y un sujeto es italiano (14.3%). En cuanto a la situación laboral de los participantes, dos de ellos son estudiantes (28.6%), un participante está trabajando (14.3%) y un participante se dedica a asuntos religiosos (14.3%). Y en cuanto al estado civil, los cuatro participantes son solteros (57.1%).

Por último, si analizamos las características de los pacientes que han abandonado prematuramente la psicoterapia, seis de ellos son hombres (54.5%), cuatro de ellos son mujeres (36.4%) y se desconoce el sexo de uno de ellos. Por lo que refiere a las características sociodemográficas, de los 11 participantes únicamente se ha podido recoger información de 5 de ellos. Haciendo referencia a la nacionalidad, 3 participantes son españoles (27.3%), un participante es alemán (9.1%) y un participante es venezolano (9.1%). Si nos centramos en la

situación laboral, cuatro sujetos están trabajando (36.4%) y un participante se dedica a asuntos religiosos (9.1%). Y por último, en cuanto al estado civil, tres participantes son solteros (27.3%), un participante está casado (9.1%) y un participante es viudo (9.1%).

### *Terapeutas*

La muestra inicial estaba compuesta por 19 terapeutas; un 78.9% eran mujeres (15 terapeutas) y un 21.1% eran hombres (4 terapeutas).

Los terapeutas tienen distintas orientaciones terapéuticas: un 15.8% tienen una orientación cognitivo-conductual (3 terapeutas), un 26.3% una orientación humanista (5 terapeutas), un 42.1% una orientación sistémica (8 terapeutas) y un 5.3% una orientación psicodinámica (1 terapeuta). Hay dos terapeutas que han marcado la casilla de otros.

La muestra final ha sido compuesta por 10 terapeutas ya que únicamente se han incluido los terapeutas que han tenido casos que han llegado a la sesión 12, excluyendo a los casos que han abandonado la terapia y/o no han llegado a la doceava sesión.

De este modo la muestra final está compuesta por 8 mujeres (80%) y 2 hombres (20%). Las orientaciones terapéuticas de la muestra final son un 40% (4 terapeutas) humanistas, un 40% sistémicas (4 terapeutas), un 10% psicodinámicas (1 terapeuta) y un 10% han marcado “otros” (1 terapeuta).

Todos los terapeutas han llevado a cabo un formato de terapia individual en población adulta.

Los terapeutas han recibido 2 días de 2 horas de formación sobre el funcionamiento de PCOMS con el fin de resolver dudas sobre su uso y mejorar su implementación.

### *Instrumentos*

#### *Instrumentos de proceso: PCOMS*

#### *ORS*

El ORS (Miller et al., 2003) se administra al principio de cada sesión y el tiempo de administración no supera los 5 minutos.

Las puntuaciones en el lado izquierdo de la escala indican un funcionamiento más bajo y puntuaciones derechas indican un funcionamiento alto. El valor numérico de la escala se mide con una regla y la puntuación total de la escala es la suma de los cuatro valores de las subescalas, proporcionando un valor de entre 0 y 40 puntos. Las puntuaciones por debajo del corte clínico (25) indican que el paciente tiene un nivel de malestar significativo y ofrece al terapeuta un posible foco para poder dirigir la sesión.

Existe un manual que proporciona pautas sobre cómo evaluar el progreso terapéutico y cómo intervenir con los clientes que se sitúan en las siguientes categorías (citado en Reese et al., 2010):

- Clientes que se deterioran durante la terapia: la puntuación en esta escala disminuye al menos 5 puntos desde que comenzó el tratamiento. Estos sujetos tienen riesgo de abandonar prematuramente la terapia o presentar poco beneficio. Se recomienda revisar los ítems de la escala SRS para evaluar la alianza terapéutica o considerar cambiar de enfoque.
- Clientes que no mejoran: cuando los sujetos muestran ganancias menores de 5 puntos después de tres sesiones de tratamiento. En estos casos, el cliente no ha mostrado un cambio de confianza y se sugiere abordar la alianza terapéutica y analizar el curso del tratamiento y supervisar el caso.
- Cambio confiable: los sujetos han evidenciado una ganancia de 5 o más puntos desde el inicio del tratamiento. Se recomienda reforzar los cambios y continuar el tratamiento hasta estabilizarse. En algún momento considerar reducir la frecuencia de las sesiones.
- Mejora clínicamente significativa: cuando un sujeto comienza el tratamiento por debajo del de corte clínico (menos de 25 puntos) y actualmente presenta una mejora de al menos 5 puntos y se sitúa en un rango no clínico (25 puntos o más) (índice de cambio significativo). Se aconseja consolidar los cambios, anticipar recaídas y reducir la frecuencia de las sesiones.

En su versión original, el ORS presenta una consistencia interna de .93 y su fiabilidad test-retest ha mostrado correlaciones que van desde .49 a .66. Esta escala presenta capacidad para discriminar entre muestras clínicas y no clínicas ( $p < .00$ ) y presenta sensibilidad al cambio estable en aquellos pacientes que reciben intervención psicológica y relativamente estable para aquellos que no reciben intervención. Comparando las puntuaciones del *Outcome Questionnaire* 45.2 (OQ-45.2) con las del ORS se evidencia una correlación de .59, mostrando una moderada validez concurrente. Y por último, la validez de constructo del ORS ha evidenciado tener una sola dimensión (Miller et al., 2003).

Si nos centramos en la validación española, Moggia, Niño-Robles, Miller y Feixas (2018a) han analizado las propiedades psicométricas del PCOMS en una muestra española y el ORS ha obtenido una consistencia interna de entre .91 a .96. Asimismo, se han obtenido correlaciones de entre .32 y .76 entre el ORS y las diferentes escalas del DASS-21, BDI-II, CORE-OM y CORE-SFB, mostrando buena una validez convergente. Finalmente, se ha encontrado que esta escala es sensible al cambio ( $t = -8.12$ ;  $p > .00$ ).

Por otro lado, otros autores también han realizado una adaptación española del ORS y han evidenciado una consistencia interna de .90-.95 ( $p < .05$ ) y su fiabilidad en términos de estabilidad temporal fue adecuada ( $r = .56$ ). La validez convergente de esta escala es alta, ya que comparando el ORS con el CORE-OM se han encontrado correlaciones de .72-.84. Por último, el ORS fue sensible al cambio sintomatológico experimentado por los pacientes tras ocho sesiones de psicoterapia ( $t = -4.51$ ;  $p < .01$ ) (Holgado et al., mayo, 2018).

### SRS

El SRS (Duncan et al., 2003) se administra al final de cada sesión y el tiempo de administración no supera los 5 minutos.

Las puntuaciones en el lado izquierdo de la escala indican un funcionamiento más bajo y puntuaciones derechas indican un funcionamiento alto. El valor numérico de la escala se mide con una regla y la puntuación total de la escala es la suma de los cuatro valores de las subescalas, proporcionando un valor de entre 0 y 40 puntos. Una puntuación de 36 o si una subescala se encuentra por debajo de 9 indican que hay un problema con la alianza terapéutica.

En su versión original, el SRS presenta una consistencia interna de .88 y la fiabilidad test-retest ha mostrado una correlación de .64. Esta escala ha evidenciado tener una sola dimensión de alianza terapéutica. Comparando el SRS con otra medida de alianza, el *Helping Alliance Questionnaire II* (HAQ II) se ha obtenido una correlación de .48 ( $p < .01$ ) entre ambas. Además, también se han realizado correlaciones entre cada uno de los ítems del SRS y la puntuación del HAQ II, mostrando correlaciones de entre .39 y .44. Asimismo, se obtuvo una correlación de .29 ( $p < .01$ ) entre la puntuación de SRS de la segunda o tercera sesión y la puntuación del ORS de la sesión final (Duncan et al., 2003).

Si nos centramos en la validación española, Moggia, Niño-Robles, Miller y Feixas (2018b) han llevado a cabo un análisis de las propiedades psicométricas del SRS en una muestra española y ha obtenido una consistencia interna de entre .93 a .94. Asimismo, se han obtenido correlaciones significativas entre el SRS y las diferentes escalas del WATOCI, mostrando buena una validez convergente. Y se han obtenido correlaciones significativas en la fiabilidad test-retest. Por último, se ha encontrado que la puntuación del SRS en la tercera sesión puede predecir el resultado en la última sesión medida a través del CORE-SFB.

Por otro lado, otros autores también han realizado una adaptación española del SRS y ha mostrado una consistencia interna de .78-.95 ( $p < .05$ ) y su fiabilidad en términos de estabilidad temporal fue adecuada ( $r = .55$ ). La validez convergente de esta escala es buena, ya que comparando el SRS con el WAI-S-P se han encontrado correlaciones de .54-.59. En cuanto a la validez predictiva del SRS, sus puntuaciones tras la tercera sesión no correlacionaron con el

cambio sintomatológico de los pacientes medido con la ORS ( $r = .05$ ) y con el CORE-OM ( $r = .25$ ) (Holgado, Hernández, Díaz, Fernández, Andrade y Fernández, mayo, 2018).

#### *Instrumentos de progreso*

Con el fin de evaluar el progreso terapéutico se ha administrado tanto en el pretratamiento como en la sesión doce de tratamiento un cuadernillo de cuestionarios compuesto por los siguientes instrumentos:

##### *CORE-OM*

El Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) (Evans et al., 2000) es un instrumento psicológico diseñado para la evaluación del progreso terapéutico de pacientes con problemas y/o patologías diversas. Va dirigido a sujetos a partir de 16 años y es un instrumento validado en población española (Feixas et al., 2012).

Es un cuestionario de autoinforme compuesto de 34 ítems evaluados a través de una escala Likert de 5 alternativas de respuesta que van desde nunca a siempre/casi siempre. Evalúa el estado del paciente a partir cuatro dimensiones: bienestar subjetivo (W), problemas/síntomas (P), funcionamiento general (F) y riesgo (R).

Esta escala se ha diseñado con el propósito de evaluar al sujeto en la fase de valoración inicial y la posterior evaluación del resultado.

La consistencia interna de la escala es alta; todas las dimensiones del CORE-OM han mostrado una *alpha* de entre .75 y .95, lo que implica que tiene una buena capacidad discriminativa. Las correlaciones test-retest también fueron altas ( $r = .87-.91$ ) y el CORE-OM se ha correlacionado con otros instrumentos que miden los mismos constructos (BDI-II, BAI, SCL-90-R, BSI, IIP-32 y GHQ) (Feixas et al., 2012).

##### *SA-45*

El Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Davison, Bershadsky, Bieber, Silversmith, Maruish y Kane, 1997) es un instrumento de autoinforme compuesto por 45 ítems evaluados a través de una escala Likert de 5 alternativas de respuesta que van desde nada en absoluto a mucho o extremadamente.

Este cuestionario evalúa los síntomas psicopatológicos del paciente a través de nueve escalas compuestas por 5 ítems cada una que evalúan: depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, psicoticismo, obsesión-compulsión, ansiedad fóbica e ideación paranoide.

Este instrumento está validado en muestra española (Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2008) y se administra en una población adulta.

Esta escala presenta 9 factores primarios que explica el 60.3% de la varianza total. El SA-45 presenta una consistencia interna de total de .95. Cada una de sus escalas presenta una fiabilidad de entre .63-.85. Asimismo, se han obtenido correlaciones significativas entre el SA-45 y el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad ( $r = .03-.32$ ) y entre el SA-45 y la escala de Afecto Negativo ( $r = .43-.72$ ), mostrando una validez convergente adecuada (Sandín et al., 2008).

#### *IIP-32*

El Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) (Barkham, Hardy y Startup, 1996) es un instrumento psicológico diseñado para evaluar los aspectos clínicamente importantes del funcionamiento interpersonal del cliente.

Está compuesto por 32 ítems evaluados a través de una escala Likert con 5 alternativas de respuesta que van desde nada a mucho. Mide 8 escalas que evalúan los siguientes constructos: socialmente inhibido, distante/frío emocionalmente, no asertivo, autocentrado, dominante/controlador, demasiado abierto, autosacrificado y no autoafirmativo.

Este instrumento está validado en muestra española (Salazar, Martí, Soriano, Beltran y Adam, 2010) y se administra en una población adulta.

Esta escala presenta un total de 8 factores que representan el 64% de la varianza total. El IIP-32 presenta una consistencia interna total de .85. La fiabilidad test-retest es alta ( $ICC > .75$ ) y las correlaciones entre el IIP-32 y el IIP-64 también son altas, mostrando correlaciones de entre .81 y .95 ( $p < .01$ ). La puntuación de corte para discriminar los trastornos de personalidad fue de 45, con una sensibilidad del 81.8% y una especificidad del 75% (Salazar et al., 2010).

#### *URICA*

La escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983) evalúa la disposición al cambio. Está compuesto por 4 subescalas de 8 ítems medidos en escala Likert que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Este cuestionario pretende evaluar en qué medida el sujeto presenta comportamientos o cogniciones propias de los siguientes estadios: precontemplación del cambio, contemplación, acción y mantenimiento.

Este instrumento se administra en una población adulta pero todavía no está validado en muestra española. Existe un manuscrito en desarrollo sobre el análisis factorial confirmatorio y validez predictiva de la versión española del URICA pero todavía no está disponible.

En las propiedades psicométricas de la versión original, se ha encontrado que la consistencia interna de las escalas va desde .88 a .89. Esta escala presenta 4 factores primarios que explican el 58% de la varianza total (McConaughy et al., 1983).

### *Encuesta sobre la actitud del terapeuta*

Se ha elaborado ad hoc una encuesta para conocer la actitud de los terapeutas frente al feedback, si creen que es importante tener en cuenta el punto de vista del paciente en la terapia y en qué medida utilizan el feedback sobre el progreso terapéutico (ORS) y sobre la alianza terapéutica (SRS).

### *Procedimiento*

La presente investigación consistió en aplicar un sistema de feedback utilizando el PCOMS a un grupo de pacientes durante 12 sesiones de tratamiento (grupo experimental) y comparar la diferencia de medidas entre el grupo experimental y el grupo control a las 12 sesiones de psicoterapia.

En primer lugar, se asignan los participantes en una condición de tratamiento: condición de feedback (grupo experimental) o en condición de no-feedback (grupo control). Los criterios para llevar a cabo la asignación son los siguientes: cada terapeuta que participa en el proyecto asignará a los pacientes impares al grupo experimental y a los pacientes pares al grupo control, con el fin de intentar equilibrar la muestra.

Posteriormente, se administra a todos los participantes las siguientes pruebas de pre-tratamiento: CORE-OM, SA-45, IIP-32 y URICA.

En la primera sesión, cada terapeuta rellena una ficha inicial sobre cada paciente.

Cada una de las 12 sesiones tiene una duración de una hora. Durante la intervención en el grupo experimental, los terapeutas al inicio de cada sesión administrarán el ORS y al finalizar la sesión administrarán el SRS. Por otro lado, el grupo control llevará a cabo la terapia sin modificaciones.

A las doce sesiones de tratamiento se volverán a administrar las mismas pruebas iniciales a todos los participantes; tanto del grupo experimental como del grupo control.

La presente investigación es un estudio a doble ciego, de modo que el investigador desconoce la identidad de los participantes y de los terapeutas y éstos desconocen la identidad del investigador. Asimismo, los participantes desconocen en qué condición de tratamiento se encuentran.

Después de cada implementación del cuadernillo de cuestionarios, del PCOMS y de la ficha inicial los terapeutas depositaron dentro de un sobre los documentos y los dejaron dentro de un lugar acordado con el investigador dentro del centro de intervención (UNINPSI).

## RESULTADOS

Para realizar el análisis de los datos obtenidos se ha utilizado el programa informático IBM SPSS Statistics en la versión 20.0.

### *Análisis preliminares*

Para evaluar si las puntuaciones medias de los diferentes cuestionarios administrados en la fase de pretratamiento son diferentes para las condiciones de feedback y de no feedback, se ha llevado a cabo un análisis utilizando una prueba U de Mann-Whitney.

Se han encontrado diferencias significativas en la subescala de obsesión y compulsión ( $Z=2.424$ ,  $p=.014$ ,  $r=.54$ ) del SA-45 entre el grupo experimental y el grupo control, presentando valores más elevados el grupo experimental.

Por lo que respecta a la demás escalas y subescalas del SA-45, el CORE-OM, el IIP-32 y el URICA, no se han encontrado diferencias significativas entre el grupo experimental y control en la fase de pretratamiento, por lo tanto, se asumen varianzas iguales y existe homogeneidad en las muestras antes de empezar con la intervención.

### *Resultados del tratamiento*

En la tabla 1 se pueden observar las puntuaciones totales medias y las desviaciones estándar de los cuestionarios (CORE-OM, SA45, IIP-32 y URICA) administrados en la fase de pretratamiento y tras doce sesiones de terapia tanto en el grupo experimental como el grupo control.

Tabla 1  
*Estadísticos Descriptivos de los instrumentos de la muestra aplicados en el momento pretratamiento y a las 12 sesiones de tratamiento en las condiciones de feedback y no feedback.*

Escala	Subescala	Momento	Feedback (grupo experimental)		No feedback (grupo control)	
			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
CORE-OM	W	PRE	23.84	8.33	22.14	6.36
		Sesión 12	21.15	8.69	16.78	9.43
	P	PRE	22.17	8.74	16.78	7.21
		Sesión 12	18.26	8.29	14.52	6.48
	F	PRE	14.63	8.36	15.83	4.66
		Sesión 12	12.24	6.00	12.73	5.39
	R	PRE	4.87	4.92	3.09	4.24
		Sesión 12	1.79	2.09	2.38	4.28
	WPFR	PRE	16.64	6.13	14.45	4.62
		Sesión 12	13.36	5.58	11.60	5.52
	WPF	PRE	20.47	6.86	18.25	5.30
		Sesión 12	17.21	7.05	14.68	6.32

SA-45	Hostilidad	PRE	5.46	5.84	2.29	2.98
		Sesión 12	4.15	4.63	1.00	1.52
	Somatización	PRE	6.15	6.40	3.43	3.73
		Sesión 12	5.85	6.16	3.00	3.05
	Depresión	PRE	10.31	5.70	9.43	5.06
		Sesión 12	7.23	6.05	6.43	6.13
	Obsesión-compulsión	PRE	10.15	5.46	4.29	2.43
		Sesión 12	9.08	5.97	3.43	3.99
	Ansiedad	PRE	10.08	4.13	6.71	3.77
		Sesión 12	7.69	5.02	5.43	2.57
	Sensibilidad Interpersonal	PRE	6.69	4.87	7.71	4.88
		Sesión 12	7.54	5.44	5.57	5.79
	Ansiedad fóbica	PRE	2.46	3.47	1.43	1.61
		Sesión 12	1.62	2.95	2.71	3.09
	Ideación paranoide	PRE	5.38	4.27	6.86	2.26
		Sesión 12	5.23	4.60	5.00	3.69
Psicoticismo	PRE	3.31	4.19	2.57	2.22	
	Sesión 12	2.31	2.35	1.57	1.61	
Total	PRE	60.00	36.71	44.71	19.60	
	Sesión 12	50.69	37.86	34.14	24.38	
IIP-32	Socialmente inhibido	PRE	6.38	4.63	6.29	4.57
		Sesión 12	5.38	3.66	6.43	5.91
	Distante emocional	PRE	4.54	4.33	6.43	4.46
		Sesión 12	3.85	4.22	4.00	3.78
	No asertivo	PRE	8.38	4.15	8.00	5.26
		Sesión 12	7.54	4.27	7.71	4.19
	Autocentrado	PRE	3.85	4.48	6.29	5.52
		Sesión 12	3.62	4.57	4.43	5.06
	Dominante	PRE	4.00	4.14	2.57	2.82
		Sesión 12	3.08	3.20	5.29	6.02
	Demasiado abierto	PRE	6.15	4.59	7.29	3.25
		Sesión 12	5.23	3.94	6.86	4.84
	Autosacrificado	PRE	9.31	3.54	8.43	5.79
		Sesión 12	8.31	3.81	5.29	4.30
	No autoafirmativo	PRE	9.46	3.75	10.71	1.97
		Sesión 12	8.54	4.42	7.71	1.79
URICA	Precontemplación	PRE	12.62	3.38	12.86	1.67
		Sesión 12	11.85	3.10	15.57	7.02
	Contemplación	PRE	36.31	4.11	32.43	8.10
		Sesión 12	35.62	4.14	33.14	7.94
	Acción	PRE	32.77	4.14	32.00	5.83
		Sesión 12	33.00	5.62	34.29	3.54
	Mantenimiento	PRE	23.92	5.43	22.71	6.31
		Sesión 12	27.08	4.42	25.29	8.18
	Disposición al cambio	PRE	80.38	11.96	74.29	15.78
		Sesión 12	83.85	12.89	77.14	19.45

A continuación se procederá a analizar si se han obtenido diferencias estadísticamente significativas a lo largo de 12 sesiones de tratamiento en el grupo experimental y en el grupo control a través de una prueba de Wilcoxon.

Si nos centramos en el grupo experimental, ha obtenido ganancias estadísticamente significativas en las subescalas de problemas/síntomas (P) ( $Z=2.121$ ,  $p=.034$ ,  $r=.47$ ), de riesgo (R) ( $Z=2.143$ ,  $p=.032$ ,  $r=.48$ ), WPF ( $Z=2.354$ ,  $p=.019$ ,  $r=.53$ ) y la puntuación total (WPFR) ( $Z=2.411$ ,  $p=.016$ ,  $r=.54$ ) del CORE-OM, en las subescalas de depresión ( $Z=2.003$ ,  $p=.045$ ,  $r=.45$ ), ansiedad ( $Z=2.406$ ,  $p=.016$ ,  $r=.54$ ) y ansiedad fóbica ( $Z=2.209$ ,  $p=.027$ ,  $r=.49$ ) del SA-45 y en la subescala de mantenimiento ( $Z=2.639$ ,  $p=.008$ ,  $r=.59$ ) del URICA.

Por lo que hace referencia a todas las subescalas del IIP-32 y a las demás subescalas del CORE-OM, SA-45 y URICA, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Por otro lado, si nos centramos en el grupo control, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la subescala de psicoticismo ( $Z=2.070$ ,  $p=.038$ ,  $r=.46$ ), sensibilidad interpersonal ( $Z=2.003$ ,  $p=.045$ ,  $r=.45$ ) y la puntuación total ( $Z=2.117$ ,  $p=.034$ ,  $r=.47$ ) del SA-45 y en las subescalas distante emocional ( $Z=2.032$ ,  $p=.042$ ,  $r=.45$ ) y no autoafirmativo ( $Z=2.132$ ,  $p=.033$ ,  $r=.48$ ) del IIP-32. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las demás subescalas del SA-45 y IIP-32 ni en las subescalas del CORE-OM y URICA.

Si evaluamos diferencias presentes en la segunda fase del tratamiento (en la sesión 12) entre el grupo experimental y el grupo control a partir de una prueba U de Mann-Whitney se ha visto que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas.

Otra forma de evaluar el resultado de la psicoterapia consiste en utilizar el índice de cambio confiable descrito en el manual de administración del ORS. Jacobson y Turax (1991) desarrollaron un método para evaluar el cambio en la terapia utilizando los términos “cambio confiable y cambio clínicamente significativo” para denotar un cambio significativo en la terapia (citado en Reese et al., 2010). Para el ORS, el cambio clínicamente significativo se denota con un aumento de a partir de 5 puntos pasando el punto de corte (25) y el cambio confiable se establece con un aumento de a partir de 5 puntos independientemente del punto de corte. Mientras que una disminución de 5 puntos se considera un deterioro y un aumento menor de 5 puntos se considera no cambio (ver Tabla 2).

El 61.54% de los participantes obtuvieron un cambio clínicamente significativo y un 15.38% obtuvieron un cambio confiable. Por el contrario, un 7.70% no denotó ningún cambio y un 15.38% mostró un deterioro.

Tabla 2

*Porcentaje de cambio clínicamente significativo tras implementar feedback continuo a lo largo de 12 sesiones de tratamiento.*

	Condición de feedback	
	N	%
Deterioro	2	15.38 %
No cambio	1	7.70 %
Cambio confiable	2	15.38 %
Cambio clínicamente significativo	8	61.54 %

Notas

Para evaluar si existen diferencias en el progreso de los pacientes que han obtenido cambios (cambio confiable y cambio clínicamente significativo) (n=10) con los que no han obtenido cambios positivos (no cambio y deterioro) (n=3), primero se ha evaluado a través de una prueba U de Mann-Whitney si existen diferencias estadísticamente significativas en las medidas de pre-tratamiento.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la subescala de problemas/síntomas (P) ( $Z=2.116$ ,  $p=.028$ ,  $r=.59$ ) del CORE-OM, en las subescalas de somatización ( $Z=2.38$ ,  $p=.014$ ,  $r=.66$ ), ansiedad ( $Z=2.38$ ,  $p=.014$ ,  $r=.66$ ) y la puntuación total ( $Z=2.028$ ,  $p=.049$ ,  $r=.56$ ) del SA-45 y en las escalas socialmente inhibido ( $Z=2.486$ ,  $p=.007$ ,  $r=.69$ ), distante emocional ( $Z=2.383$ ,  $p=.014$ ,  $r=.66$ ) y no asertivo ( $Z=2.546$ ,  $p=.007$ ,  $r=.71$ ) del IIP-32. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las demás subescalas del CORE-OM, del SA-45, del IIP-32 ni en ninguna subescala del URICA.

Analizando si existen diferencias estadísticamente significativas en el progreso de ambos grupos después de 12 sesiones de tratamiento, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de hostilidad ( $Z=1.974$ ,  $p=.049$ ,  $r=.55$ ) y psicoticismo ( $Z=2.158$ ,  $p=.028$ ,  $r=.60$ ) del SA-45. El rango promedio del grupo que ha obtenido cambios positivos ha sido de 5.85 y 5.75 respectivamente y el rango promedio del grupo que no ha obtenido cambios positivos ha sido de 11 y 11.17.

Por lo que respecta a la demás subescalas del SA-45 y a las subescalas del CORE-OM, el IIP-32 y el URICA, no se han encontrado diferencias significativas.

En la tabla 3 se pueden observar las puntuaciones totales medias, las medianas y la desviación típica de las puntuaciones ORS y SRS en la primera sesión de tratamiento y en la doceava sesión de tratamiento.

Tabla 3

*Estadísticos Descriptivos del ORS y SRS en la primera y la doceava sesión de tratamiento en la condición de feedback*

Escalas	Momento	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>
ORS	Pre	22.70	5.67	21.55
	Sesión 12	30.42	9.12	32.50
SRS	Pre	34.96	4.90	35.30
	Sesión 12	37.85	3.49	39.10

Con el fin de evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas a lo largo de las doce sesiones de tratamiento en las medidas del ORS, se ha llevado a cabo una prueba de Friedman de medidas repetidas. Esta prueba no ha encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2(11, n=13) = 16.937, p=.110, W=.220$ ).

Por otro lado, si nos centramos en las medidas de alianza terapéutica (SRS) a lo largo de las doce sesiones de tratamiento, se ha visto que sí hay diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2(11, n=13) = 24.90, p=.009, W=.283$ ). Más concretamente, al analizar las comparaciones por parejas a lo largo de las 12 sesiones de tratamiento, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas en las siguientes sesiones:

Tabla 4

*Comparaciones por parejas entre la administración del SRS a lo largo de 12 sesiones de tratamiento*

		SRS 5	SRS 7	SRS 9	SRS 11	SRS 12
SRS_1	$\chi^2$	4.250	3.625	5.125	4.750	4.250
	<i>p</i>	.018	.044	.004	.008	.018
SRS_2	$\chi^2$	4.00		4.875	4.50	4.00
	<i>p</i>	.027		.007	.013	.027
SRS_3	$\chi^2$	3.750		4.625	4.250	3.750
	<i>p</i>	.038		.010	.018	.038

Posteriormente, se realizaron cálculos para ver si existe relación entre la alianza terapéutica en las primeras sesiones de terapia (en este caso en las sesiones 1, 2 y 3) y el resultado del tratamiento a través de la diferencia de puntuaciones en las diversas escalas administradas en la sesión 12 versus la fase de pre-tratamiento. Para ello se llevó a cabo un análisis de correlación de Spearman y se han obtenido correlaciones de entre .561-.768 y coeficientes de determinación

que explican entre un 32.95-58.98% de la varianza compartida entre ambas variables (ver Tabla 5).

Tabla 5

*Correlaciones entre alianza terapéutica en las primeras sesiones y el resultado del tratamiento*

	SRS_2			SRS_3		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)
COREOM_P	.748	.003	55.95	.636	.019	40.45
COREOM_R	.620	.024	38.44	.622	.023	38.69
COREOM_WPF	.645	.017	41.60	.599	.031	35.88
COREOM_WPFR	.70	.008	49.00	.624	.023	38.94
SA45_Depresión	.574	.040	32.95			
SA45_Ansiedad				.622	.023	38.69
SA45_Ideación paranoide	.718	.006	51.55	.768	.002	58.98
SA45_Total SA	.584	.036	34.11	.636	.020	40.45
SA45_Demasiado abierto	.569	.043	32.38	.561	.046	31.47

En cuanto al abandono, se ha visto que no existe una diferente proporción de sujetos en el grupo experimental y el grupo control que hayan abandonado la terapia o que hayan completado las 12 sesiones de tratamiento ( $X^2(1, n=31)=1.113, p=.291$ ). Esto se ha evaluado a través de una prueba Chi Cuadrado.

Además, los participantes que han abandonado el tratamiento tanto en el grupo experimental y control únicamente presentan diferencias estadísticamente significativas en la subescala de no-autoafirmativo ( $Z=2.204, p=.024, r=.73$ ) del SA-45, siendo más no autoafirmativos el grupo experimental ( $M=7.83$ ) que el grupo control ( $M=3.85$ ). Esto se ha llevado a cabo a través de una prueba U de Mann-Whitney. No se observan diferencias estadísticamente significativas en las demás medidas de pre-tratamiento.

De igual forma, tampoco se ha observado una diferente proporción de sujetos que completan el tratamiento o que lo abandonan en función de la presencia de un equipo de observadores a través de un espejo unidireccional ( $X^2(1, n=31)=0.685, p=.408$ ), si se hace coterapia o terapia con un solo terapeuta ( $X^2(1, n=31)=0.992, p=.319$ ) y tampoco en si el tipo de coterapia es senior-senior o senior-junior ( $X^2(1, n=31)=3.0, p=.083$ ).

Asimismo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el sexo del paciente ( $X^2(1, n=31)=1.697, p=.193$ ) ni del terapeuta ( $X^2(1, n=31)=1.045, p=.357$ ) en el abandono terapéutico o en que completen las 12 sesiones de tratamiento.

Si seguimos analizando las características que tienen que ver con el terapeuta, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre abandono y la orientación terapéutica ( $X^2(4, n=31)=5.437, p=.245$ ), tampoco en la actitud de los terapeutas ( $X^2(1, n=31)=0.020, p=.887$ ) ( $X^2(1, n=31)=0.855, p=.355$ ), ni el tipo de uso que utilizan en el SRS ( $X^2(3, n=31)=4.232, p=.237$ ) ni el ORS ( $X^2(3, n=31)=0.563, p=.905$ ). Esto se ha llevado a cabo a través de una prueba de Kruskal-Wallis.

Tampoco influye el número de casos que tiene cada terapeuta en que los pacientes abandonen el proceso ( $r(19)=.315, p=.290$ ) o que completen las 12 sesiones de tratamiento ( $r(19)=.248, p=.307$ ) (correlación de Spearman).

Si analizamos los datos obtenidos a través de la encuesta para evaluar el uso del SRS y el ORS y la actitud de los terapeutas frente al feedback. Los resultados más importantes pueden observarse en la siguiente tabla:

Tabla 6  
*Opinión de los terapeutas hacia el feedback y su uso del PCOMS*

	Es imprescindible	Puede ser útil	No es necesario	Interrumpe el proceso	
Actitud hacia el feedback	52.6%	47.4%	0%	0%	
	Es imprescindible	Con frecuencia es útil	Puntualmente es útil	No es necesario	
Punto de vista del paciente	78.9%	21.1%	0%	0%	
	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	No es necesario
Utilización de ORS	26.3%	31.6%	31.6%	10.5%	0%
Utilización de SRS	21.1%	21.1%	53.6%	5.3%	0%

Con el fin de analizar si hay diferencias estadísticamente significativas en el tipo de implementación del ORS y del SRS y el progreso percibido a través de la escala del ORS se ha llevado a cabo una prueba de Kruskal-Wallis. Se ha visto que no hay diferencias estadísticamente significativas en la utilización del ORS ( $X^2(3, n=110)=5.982, p=.112$ ) y del

SRS ( $X^2(3, n=10)=5.836, p=.120$ ) en la mejora en la escala del ORS a lo largo de las 12 sesiones de tratamiento.

Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de uso del SRS y la mejora en la escala de alianza (SRS) a lo largo de las 12 sesiones de tratamiento ( $X^2(3, n=12)=4.912, p=.178$ ) a través de una prueba de Kruskal-Wallis. Además, la mejora que se ha producido en la alianza terapéutica y el tipo de uso que los terapeutas han llevado a cabo del SRS no influye en la mejor evolución del tratamiento reflejado en las diferentes escalas (CORE-OM, SA-45, IIP-32 y URICA).

En contraposición, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el tipo de implementación del ORS y la mejora apreciada en la subescala de acción del URICA ( $X^2(3, n=13)=8.690, p=.034$ ) a través de una prueba de Kruskal-Wallis. Esta diferencia puede ser observada entre los terapeutas que muchas veces utilizan el ORS ( $n=5$ ) (mejora de 2 puntos) y los que casi nunca lo utilizan ( $n=3$ ) (mejora de 6 puntos) ( $X^2(3, n=13)=8.20, p=.021$ ). No se ha verificado la existencia de otras diferencias en las demás subescalas del URICA ni en las subescalas del CORE-OM, SA-45 y IIP-32.

Por último, no se ha encontrado relación entre la actitud del terapeuta con el tipo de uso que llevan a cabo del SRS ( $X^2(3, N=19)=6.566, p=.087$ ) ( $X^2(3, N=19)=0.348, p=.951$ ) ni del ORS ( $X^2(3, N=19)=1.151, p=.765$ ) ( $X^2(3, N=19)=3.490, p=.322$ ) a través de una prueba Chi Cuadrado.

## **DISCUSIÓN**

El presente estudio analizó los efectos del feedback en terapia individual en una muestra española en comparación con pacientes que llevaron a cabo una terapia sin incorporar un sistema de feedback. Para ello se postularon las siguientes hipótesis: a) los pacientes del grupo experimental presentarán una menor tasa de abandono terapéutico que los pacientes del grupo control; b) los pacientes del grupo experimental presentarán un mayor progreso terapéutico que los pacientes del grupo control; c) los terapeutas que crean que el feedback del paciente es importante para el avance terapéutico, incorporarán y utilizarán en mayor medida el feedback que aporta el paciente en las sesiones; d) los terapeutas que utilizan el feedback del paciente en las sesiones obtendrán mejores resultados en la escala de SRS y presentarán un mayor progreso terapéutico que los terapeutas que no utilizan el feedback del paciente.

En contraposición con nuestras hipótesis, la condición de feedback no mostró un mayor progreso en la intervención clínica frente al grupo control ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los cuestionarios administrados en la sesión 12. Estos resultados no se corresponden con los encontrados en la literatura, ya que otros estudios

como el de Reese et al. (2009) y She et al. (2018) encontraron que los pacientes en condición de feedback sí obtenían un cambio mayor y más rápido que pacientes en grupo control.

Aún así, el grupo experimental y control han obtenido una mejora en distintas escalas tras la intervención si comparamos estos resultados con sus medidas de pre-tratamiento; mientras que el grupo experimental ha mostrado una mejora estadísticamente significativa en las subescalas de problemas/síntomas, WPF y WPFR (puntuación total) del CORE-OM, subescalas de depresión, ansiedad y ansiedad fóbica del SA-45 y la subescala de mantenimiento del URICA, el grupo control ha mostrado una mejora estadísticamente significativa en las subescalas de psicoticismo, sensibilidad interpersonal y la puntuación total del SA-45 y las subescalas distante emoción y no autoafirmativo del IIP-32. Esta diferencia puede ser debida al poco tamaño de la muestra ya que los grupos son menos representativos y se pueden visibilizar mayores diferencias individuales.

Si analizamos con más detalle la implementación del ORS para evaluar el progreso terapéutico a través del feedback del paciente y ver cuál ha sido el impacto de la intervención, vemos que no se ha obtenido suficiente evidencia estadística para encontrar diferencias estadísticamente significativas en las medidas del ORS a lo largo de las doce sesiones de tratamiento. Esto puede ser debido al poco tamaño de la muestra de modo que si se utiliza una muestra más grande, aumentaría la potencia estadística de la prueba y la probabilidad de no cometer un error de tipo II.

Aún así, si se pudo observar la efectividad del tratamiento desde una perspectiva de cambio utilizando el índice de cambio confiable en los participantes del grupo experimental. Se ha visto que un 61.54% obtuvieron un cambio clínicamente significativo, un 15.38% obtuvieron un cambio confiable, un 7.70% no denotó ningún cambio y un 15.38% mostró un deterioro. Estos resultados son similares a los encontrados el estudio de She et al. (2018) y Slone et al. (2015), donde un 76.2% y 74.5% respectivamente de los sujetos han presentado cambios confiables y/o estadísticamente significativos.

Tras analizar las diferencias existentes entre los sujetos que han presentado cambios confiables y/o estadísticamente significativos (76.92%) y los sujetos que no han revelado ningún cambio o se han deteriorado (23.08%) tras las 12 sesiones de terapia, han mostrado diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de hostilidad y psicoticismo, presentando valores más elevados el grupo que no ha presentado cambios y/o que se han deteriorado a lo largo de la terapia. Algunos estudios han encontrado que la hostilidad, la dominancia del paciente y la evitación social se relacionan con una dificultad para elaborar una buena relación de trabajo terapéutico y se necesitan más sesiones para establecer una buena alianza terapéutica (citado en Corbella y Botella, 2003). Asimismo, Kegel y Flückiger (2015)

destacaron que una mayor hostilidad puede ser predictor de abandono prematuro en terapia. De esta forma, es posible que los hallazgos encontrados en este estudio sean debidos a las dificultades de estos pacientes en establecer una adecuada relación y esto se vea reflejado en el bajo progreso terapéutico.

Si nos centramos en la evolución de la alianza terapéutica medida a través del sistema de feedback SRS, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de esta escala a lo largo de la intervención. El primer aumento estadísticamente significativo en los niveles de alianza terapéutica se ha dado entre la sesión 1 y la sesión 5. Y posteriormente este aumento se ha dado en las sesiones 7, 9, 11 y 12. Estos resultados van en la línea los encontrados en la literatura ya que Rossetti y Botella (2017) comentaron que una buena alianza debe establecerse entre la tercera y la quinta sesión. Además, estos autores también señalan que la calidad de la alianza terapéutica no es constante a lo largo del tiempo y en este estudio puede visibilizarse en que no en todas las sesiones se produce una mejora estadísticamente significativa y por lo tanto, su incremento no es constante.

Además se ha encontrado una correlación positiva entre alianza terapéutica en las primeras sesiones del tratamiento (en la segunda y tercera sesión) y el resultado del tratamiento. Se han obtenido correlaciones moderadas de entre .561 y .768 entre la alianza terapéutica medida en la sesión 2 y 3 y las subescalas de problemas/síntomas, riesgo, WPF y total del CORE-OM, subescalas de depresión, ansiedad, ideación paranoide y la puntuación total del SA-45 y la subescala demasiado abierto del IIP-32. De modo que a mayor alianza terapéutica en las primeras sesiones de terapia, mayor mejora del paciente tras el tratamiento. Además los coeficientes de determinación encontrados explican entre un 32.95-58.98% de la varianza compartida entre ambas variables. Estos resultados corresponden con lo encontrado en la literatura revisada ya que McAleavey y Castonguay (2015), Wampold (2015) y Rossetti y Botella (2017) encontraron correlaciones positivas la alianza medida en las primeras sesiones y el resultado del tratamiento.

En contraposición, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la mejora de 3.8 puntos en la escala de alianza (SRS) a lo largo del tratamiento y la mejora percibida en la sesión 12 en las diferentes subescalas del CORE-OM. SA-45. IIP-32 y URICA. Estos datos indican que es más relevante el valor de la alianza terapéutica en las primeras sesiones del tratamiento que el aumento de la alianza apreciada por el paciente a lo largo del tratamiento ya que la calidad de la alianza terapéutica no es constante a lo largo del tiempo (Rossetti y Botella, 2017).

En lo que refiere al abandono, los resultados indicaron que el feedback no contribuyó a disminuir las tasas de abandono prematuro ya que no se observaron diferencias estadísticamente

significativas entre el número de abandonos entre el grupo experimental y el grupo control. Y, tras analizar las diferentes características sintomatológicas de los abandonos presentes en el grupo experimental y control, se ha visto que los abandonos del grupo experimental eran más no-autoafirmativos que los pacientes del grupo control.

Asimismo, se ha observado que el porcentaje de abandonos no difería en el número de terapeutas en sesión, el tipo de coterapia, la existencia de equipo de observadores a través de un espejo unidireccional, el sexo del paciente y del terapeuta, la orientación terapéutica, la actitud del terapeuta, el tipo de uso del ORS y del SRS ni del número de casos por terapeuta. Por esta razón que no existan diferencias en el número de sujetos que han abandonado la terapia prematuramente entre el grupo experimental y el grupo control no es debido a variables extrañas y es posible que sea debido a que el proceso feedback no haya sido efectivo y no proporcione resultados positivos.

Estos resultados también entran en colisión con los encontrados en la literatura. Por ejemplo, Ackerman (2001) destacó que el feedback del paciente ayudaba a evitar la terminación prematura y estudios realizados por Anderson (2015) y Kegel y Flückiger (2015) encontraron que la alianza terapéutica era el predictor más significativo sobre el abandono terapéutico.

Si nos focalizamos en los motivos por los que los pacientes abandonaron la terapia, éstos son diversos; algunos pacientes refieren que la decisión fue por un traslado de ciudad, otros no dieron explicaciones y también existe la posibilidad de que algunos abandonaran la terapia porque el uso del PCOMS no era atractivo.

Si nos centramos en las hipótesis relacionadas con los terapeutas (hipótesis c y d), se ha visto que no hay diferencias estadísticamente significativas en la utilización del ORS y SRS en la mejora en la escala del ORS y SRS respectivamente a lo largo de las 12 sesiones de tratamiento. Asimismo, tampoco se ha visto relación entre la actitud del terapeuta y el tipo de uso del SRS y ORS.

A pesar de que algunos terapeutas piensan que el feedback y el punto de vista del paciente son imprescindibles (52.6% y 78.9% respectivamente) y con frecuencia son útiles (47.4% y 21.1% respectivamente), hay un 7.9% de los terapeutas que casi nunca han utilizado la información proporcionada por el PCOMS en sesión y un 42.6% que únicamente lo han utilizado algunas veces. Estos datos entran un poco en contradicción aunque en la literatura se ha encontrado que 66.6% de los terapeutas no estaban dispuestos a usar el feedback, incluso sabiendo que tiene utilidades positivas para la terapia (De Jong, 2016; De Jong y De Goede, 2015; De Jong et al., 2012).

Tras analizar esta información, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas sobre el tipo de implementación del ORS y la mejora apreciada en la subescala de acción del URICA tras 12 sesiones de terapia. Se ha visto que los pacientes de los terapeutas que casi nunca han utilizado el ORS han obtenido una mayor mejora en la subescala de acción de URICA tras la psicoterapia frente a los pacientes de los terapeutas que muchas veces han utilizado el ORS. Estos datos entran en contradicción a lo esperado puesto que el feedback debería proporcionar ganancias significativas en los tratamientos, mostrando una mayor efectividad en el proceso terapéutico (Slone et al., 2015). Por otro lado, no se ha encontrado que el tipo de uso que los terapeutas han llevado a cabo sobre el SRS influya en la mejor evolución del tratamiento reflejado en las diferentes escalas (CORE-OM, SA-45, IIP-32 y URICA).

Que el feedback proporcionado por el PCOMS no haya facilitado resultados positivos puede ser debido a la resistencia de los terapeutas a implementar nuevas medidas de funcionamiento. En investigaciones anteriores se ha encontrado que muchos terapeutas son reacios y pueden tener una actitud negativa hacia el feedback (De Jong, 2016; De Jong y De Goede, 2015) y es muy importante una correcta implementación del PCOMS para que se pueda integrar en la sesión terapéutica (Duncan y Reese, 2015). Asimismo, estudios recientes sugieren que el feedback no es igual de efectivo en diferentes circunstancias y si no se implementa de forma óptima puede reducir su eficacia (De Jong, 2016; De Jong et al., 2012). Más concretamente, se ha visto que el feedback es más útil cuando el terapeuta está motivado en lograr el éxito terapéutico y no en prevenir el fracaso (De Jong, 2016) y cuando se aborda de forma proactiva el feedback del cliente (Duncan y Reese, 2015).

Si nos centramos en las limitaciones de este estudio, la mayor de ellas es el tamaño de la muestra. De los 82 participantes iniciales, 51 fueron excluidos por no haber completado las 12 sesiones de tratamiento y/o no entregar los cuestionarios de la fase post-tratamiento y 11 participantes abandonaron el tratamiento. De este modo la muestra quedó reducida a 20 participantes, de los cuales 13 formaron parte del grupo experimental y únicamente 7 del grupo control. La diferencia entre el número de participantes en cada uno de los grupos ha dificultado la creación de grupos totalmente equivalentes para ambas muestras.

A lo largo del estudio, se han percibido dificultades de adaptación a las novedades que implicaba el grupo experimental y cierta resistencia al uso del sistema de feedback por parte de los terapeutas. Esto ha podido repercutir en la participación de los terapeutas y por ende, podría explicar el alto número de casos excluidos y los resultados poco favorables al sistema de feedback.

Asimismo, el pequeño tamaño de la muestra ha hecho imposible la implementación de análisis paramétricos y al utilizar pruebas no paramétricas nos encontramos con una pérdida de

potencia estadística y disminuye la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa. Además, esto ha imposibilitado realizar análisis de fiabilidad de los diversos instrumentos.

Por otro lado, el bajo tamaño de la muestra puede afectar a la validez externa ya que la muestra no es representativa y disminuye la capacidad de extrapolar los resultados obtenidos a otros grupos o situaciones de similares características.

Si nos centramos en la validez interna del estudio, el hecho de tener un grupo control y una medida pre-tratamiento en ambas muestras nos permite controlar variables extrañas ya que podemos comprobar que ambos grupos son equivalentes al inicio del tratamiento y nos proporciona seguridad al concluir que la eficacia del tratamiento no se debe a otras variables que influyen en el grupo control. Adicionalmente, el sistema de doble cegado también favorece a la validez interna ya que se puede realizar un control de expectativas. En contraposición, no se ha podido realizar una asignación aleatoria a los grupos control y experimental y esto puede disminuir la representatividad de las muestras.

También pueden afectar a la validez interna la presencia de un factor de aprendizaje del cuestionario ya que se han utilizado los mismos instrumentos en el momento de pre-tratamiento y en la sesión 12. Y del mismo modo, también podría estar afectando a la validez interna el efecto de mortalidad experimental ya que se han perdido sujetos experimentales por abandono a lo largo del proceso.

Otra de las limitaciones con las que nos encontramos es que no se realizaron controles de manipulación para evaluar cómo se estaba implementando el PCOMS en las sesiones. A pesar de realizar sesiones informativas y recoger qué actitud presentan los terapeutas ante el feedback y cuál es la frecuencia uso del PCOMS, se desconoce en qué medida se han discutido e implementado los datos proporcionados por la escalas dentro de la sesión de una manera apropiada.

Por otro lado, no se han podido recoger las variables demográficas de todos los sujetos que participaron en el estudio, por lo tanto, se desconocen diferentes variables de los pacientes que dificultan la descripción de la muestra y limita la generalización de los resultados.

Otro factor que podría afectar en este estudio es la deseabilidad social. A pesar de que un estudio realizado por Reese et al. (2013) ha encontrado que las puntuaciones del SRS no se correlacionan significativamente con una medida de deseabilidad social, hay pocos estudios que han investigado este fenómeno directamente y la deseabilidad social podría ser una limitación a tener en cuenta en el presente estudio. La deseabilidad social podría afectar más a la escala SRS que al ORS y a los instrumentos previos y posteriores al tratamiento.

Sin embargo, a pesar de sus limitaciones, este es un estudio interesante y novedoso puesto que no existe ningún estudio realizado en población española sobre los beneficios del

feedback en psicoterapia. A pesar de que los resultados del presente estudio no proporcionan evidencia sobre los beneficios del feedback en mejorar los resultados del tratamiento y prevenir el abandono prematuro, pueden verse los beneficios de monitorear la alianza terapéutica ya que correlaciona con el progreso terapéutico y las ventajas de utilizar el índice de cambio confiable proporcionado por el ORS para determinar qué pacientes se están deteriorando o no avanzan en la terapia.

Dado los hallazgos del presente estudio, se justifican futuras líneas de investigación sobre cómo influye en feedback en sesión utilizando el PCOMS. En este estudio no se ha podido demostrar que el uso del PCOMS en muestra española pueda resultar efectivo, por lo tanto, sería necesario investigar este fenómeno utilizando muestras más grandes y representativas y un mayor control de variables extrañas para otorgar una mayor validez interna y externa al estudio.

Para evaluar con mayor precisión el papel de la discapacidad social, se podría llevar un estudio con cuatro condiciones de terapia: la primera condición usaría PCOMS tal y como se prescribe típicamente, en la segunda condición el paciente completaría el SRS sin la presencia del terapeuta y éste tendría acceso a los resultados tras la retirada del paciente, la tercera condición se completaría el SRS sin que el terapeuta tenga acceso a los resultados y la última condición sería el grupo control sin pasar por un sistema de feedback. Asimismo, también podría ser beneficioso utilizar una entrevista cualitativa para valorar el grado de alianza terapéutica.

Por otro lado, sería interesante analizar si existen diferencias en los beneficios de la implementación del feedback en terapia individual con adultos, en terapia de pareja, terapia familiar, terapia infantil y terapia con adolescentes. Además de analizar con mayor precisión cómo afectan las diferentes condiciones de terapia (coterapia senior, coterapia junior, coterapia senior-junior, equipo terapéutico y un solo terapeuta) en el desarrollo de alianza terapéutica y el progreso terapéutico.

Los estudios futuros también podrían considerar si la demanda, las características y la sintomatología de los pacientes influye en el progreso terapéutico y en el desarrollo de alianza terapéutica (influyendo en los puntajes del SRS/ORS). Y por último, también sería interesante investigar acerca de la efectividad con pacientes de diversos orígenes culturales y étnicos.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidenced-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*(4), 271-285.
- Anderson, K. N. (2015). *Premature Termination of Outpatient Psychotherapy: Predictors, Reasons, and Outcomes* (Tesis doctoral). Universidad de Nebraska, Lincoln.
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of consulting and clinical psychology*, *77*(4), 693-705.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*(1), 21-35.
- Botella, L., & Maestra, J. (2016). Integración en psicoterapia en terapeutas en formación: atribución de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de cinco orientaciones psicoterapéuticas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *25*(1). 39-48.
- Cooper, M., Stewart, D., Sparks, J., & Bunting, L. (2012). School-based counseling using systematic feedback: A cohort study evaluating outcomes and predictors of change. *Psychotherapy Research*, *23*(4), 474-488
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, *19*(2), 205-221.
- Davison, M.K., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., & Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, *4*, 259-276.
- De Jong, K. (2016). Challenges in the implementation of measurement feedback systems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *43*(3), 467-470.
- De Jong, K. (2016). Deriving implementation strategies for outcome monitoring feedback from theory, research and practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *43*(3), 292-296.
- De Jong, K., & De Goede, M. (2015). Why do some therapists not deal with outcome monitoring feedback? A feasibility study on the effect of regulatory focus and person-organization fit on attitude and outcome. *Psychotherapy Research*, *25*(6), 661-668.
- De Jong, K., Timman, R., Hakkaart-Van Roijen, L., Vermeulen, P., Kooiman, K., Passchier, J., & Busschbach, J. V. (2014). The effect of outcome monitoring feedback to clinicians

- and patients in short and long-term psychotherapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 629-639.
- De Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy research*, 22(4), 464-474.
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 52(4), 391-401
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Evans, C. E., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcome in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9, 247-255.
- Feinstein, R., Heiman, N., & Yager, J. (2015). Common factors affecting psychotherapy outcomes: Some implications for teaching psychotherapy. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(3), 180-189.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., Gracia-Grau, E., & López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical outcomes in routine evaluation-outcome measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135
- Gaitan-Sierra, C., & Hyland, M. E. (2015). Common factor mechanisms in clinical practice and their relationship with outcome. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(3), 258-266.
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A., & Prado-Abril, J. (2018). Routine outcome monitoring and feedback in psychotherapy. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 174-182.
- Holgado, R., Hernández, A., Díaz, S., Fernández, J., Andrade, N., & Fernández, A., (mayo, 2018). *Spanish validation of the Outcome Rating Scale (ORS) and the Session Rating Scale (SRS)*. First results. Poster presentado a la XVIII Jornadas de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR). Madrid, España. No publicado.
- Janse, P. D., De Jong, K., Van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J., & Verbraak, M. J. (2017). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27(5), 525-538.
- Kegel, A. F., & Flückiger, C. (2015). Predicting psychotherapy dropouts: A multilevel approach. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(5), 377-386.

- Lutz, W., De Jong, K., & Rubel, J. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go?. *Psychotherapy research*, 25(6), 625-632.
- McAleavey, A., & Castonguay, L. (2015). The process of change in psychotherapy: Common and unique factors. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, y B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 293-310). New York, US: Springer-Verlag Publishing.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: theory, research, and practice*, 20, 368-375.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & 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(2), 91-100.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Chow, D. (2018). The Question of Expertise in Psychotherapy. *Journal of Expertise/September*, 1(2), 121-129.
- Milovanov, A. (2017). *Common Therapeutic Factors in Psychotherapy and Complementary and Alternative Medicine Treatments* (Master's thesis, University of Waterloo).
- Moggia, D., Niño-Robles, N., Miller, S. D., & Feixas, G. (2018a). Psychometric Properties of the Outcome Rating Scale (ORS) in a Spanish Clinical Sample. *The Spanish journal of psychology*, 21, 1-7.
- Moggia, D., Niño-Robles, N., Miller, S. D., & Feixas, G. (2018b). Psychometric Properties of the Session Rating Scale 3.0 (SRS 3.0) in a Spanish Clinical Sample. *Manuscript submitted for publication*.
- Nantz, E., Liu-Seifert, H., & Skljarevski, V. (2009). Predictors of premature discontinuation of treatment in multiple disease states. *Patient preference and adherence*, 3, 31-43.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Østergård, O. K., Randa, H., & Hougaard, E. (2018). The effect of using the Partners for Change Outcome Management System as feedback tool in psychotherapy. A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 1-18.
- Reese, R. J., Duncan, B. L., Bohanske, R. T., Owen, J. J., & Minami, T. (2014). Benchmarking outcomes in a public behavioral health setting: Feedback as a quality improvement strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 731-743.

- Reese, R. J., Gillaspay Jr, J. A., Owen, J. J., Flora, K. L., Cunningham, L. C., Archie, D., & Marsden, T. (2013). The influence of demand characteristics and social desirability on clients' ratings of the therapeutic alliance. *Journal of Clinical Psychology, 69*(7), 696-709.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome?. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 46*(4), 418-413.
- Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 616-630.
- Reese, R.J., Duncan, B., Kodet, J., Brown, H., Meiller, C., Farook, M., Lengerich, A., Vasilj, I., Hong, S., & Bohanske, R. (2017). Patient feedback as a quality improvement strategy in an acute care, inpatient unit: An investigation of outcome and readmission rates. *Psychological Services. 15*(4), 470-477.
- Rossetti, M. L., & Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 26*(1), 19-31.
- Salazar, J., Martí, V., Soriano, S., Beltran, M., & Adam, A. (2010). Validity of the Spanish version of the inventory of interpersonal problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. *Journal of personality disorders, 24*(4), 499-515.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema, 20*(2), 290-296.
- Schuman, D. L., Slone, N. C., Reese, R. J., & Duncan, B. (2014). Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research, 25*(4), 396-407.
- She, Z., Duncan, B., Reese, R., Sun, O., Shi, Y., Jiang, G., Wu, C., & Clements, A. (2018, July 30). Client feedback in China: A randomized clinical trial in a college counseling center. *Journal of Counseling Psychology*. Advanced online publication. <https://betteroutcomesnow.com/wp-content/uploads/2018/11/She-Duncan-Reese-et-al.-2018.pdf>
- Slone, N. C., Reese, R. J., Mathews-Duvall, S., & Kodet, J. (2015). Evaluating the efficacy of client feedback in group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 19*(2), 122-136.
- Sparks, J. A., & Duncan, B. L. (2015). Client strengths and resources: Helping clients draw on what they already do best. En Mick C. y Windy D. (Ed.) *The Handbook of Pluralistic*

*Counselling and Psychotherapy*, (pp. 68-79). London, United Kingdom: Sage Publications Ltd.

- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 547–559
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A., & Parkin, S. R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy, 54*(1), 47-57.
- Walfish, S., McAlister, B., O'donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports, 110*(2), 639-644.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277.
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C., & Lutz, W. (2017). Therapist effects on and predictors of non-consensual dropout in psychotherapy. *Clinical psychology & psychotherapy, 24*(2), 312-321.