

EFFECTIVIDAD DEL FEEDBACK FORMAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA EN ESPAÑA: UN ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO

EFFECTIVENESS OF FORMAL FEEDBACK IN MENTAL HEALTH COMMUNITY IN SPAIN: A RANDOMIZED CLINICAL STUDY

Pau Sánchez-Rotger ^{1,2}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2730-8454>

Gonzalo Martínez-Alés ^{1,3}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1902-4067>

Jesús Martí-Esquitino ^{1,4}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5157-7972>

María Fe Bravo-Ortiz ^{1,5,6}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7969-9245>

1. Servicio de psiquiatría, psicología clínica y salud mental, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España
2. Psicólogo Clínico. España
3. Psiquiatra. España
4. Psicólogo Clínico. España
5. Jefa de servicio de psiquiatría, psicología clínica y salud mental, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España
6. Universidad Autónoma de Madrid. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sánchez-Rotger, P., Martínez-Alés, G., Martí-Esquitino, J. y Bravo-Ortiz, M. F. (2022). Efectividad del feedback formal en salud mental comunitaria en España: Un estudio clínico aleatorizado. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 239-252. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1076>



Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo evaluar la efectividad de la introducción del instrumento de feedback formal PCOMS en psicoterapia en el sistema nacional de salud español. Para ello, se llevó a cabo un estudio clínico aleatorizado y controlado simple ciego en cuatro centros de salud mental y atención primaria del Hospital Universitario La Paz, España. Los pacientes asignados al grupo experimental completaron junto con su terapeuta las medidas del instrumento PCOMS durante cada sesión, mientras que los pacientes asignados al grupo control recibieron el tratamiento habitual. Un total de 58 pacientes completaron el estudio. La variable principal fue el resultado terapéutico, medida a través de la escala ORS. Las variables secundarias fueron la sintomatología, a través de la escala GSI (SCL-90), satisfacción, a través de la escala CRES-4, y abandono prematuro. En los resultados se encontraron diferencias entre el grupo experimental y control en el resultado terapéutico. El número necesario a tratar indicó que por cada siete pacientes tratados en la condición experimental se evitaría el empeoramiento o estancamiento de un paciente. No se obtuvieron diferencias en sintomatología, satisfacción o abandono prematuro. Se concluye que el instrumento PCOMS puede incrementar la efectividad de la psicoterapia en contextos de salud mental del sistema nacional de salud español.

Palabras clave: *feedback, salud, mental, España, estudio, aleatorizado*

Abstract

The present research aims to evaluate the effectivity of the introduction of the formal feedback PCOMS instrument in psychotherapy in the Spanish national health system. To do this, it was a randomized controlled single blind clinical study in 4 mental health and primary care centers of the La Paz University Hospital, Spain. Patients assigned to the experimental group completed the measurements of the PCOMS instrument together with their therapist during each session, while patients assigned to the control group received treatment as usual. A total of 58 patients completed the study. The main variable was the therapeutic result, measured through the ORS scale. Secondary variables were symptomatology, through the GSI scale (SCL-90), satisfaction, through the CRES-4 scale, and dropouts. In the results, differences were found between the experimental and control groups in the therapeutic result. The number necessary to treat indicated that for every 7 patients treated in the experimental condition, deterioration or no change of 1 patient would be avoided. There were no differences in symptoms, satisfaction or premature abandonment. It is concluded that the PCOMS instrument can increase the effectivity of psychotherapy in mental health contexts of the Spanish national health system.

Keywords: *feedback, health, mental, Spain, study, randomized*

A pesar de la eficacia establecida de la psicoterapia (Wampold e Imel, 2015), la tasa de no mejoría o empeoramiento se sitúa entre el 20% y el 50% (Lambert, 2013), y la tasa de abandono antes de finalizar la terapia en hasta un 25% (Swift y Greenberg, 2012). Además, parece que la experiencia clínica no es suficiente para aumentar la eficacia de los terapeutas (Goldberg et al., 2016). Esto contrasta con la percepción de los terapeutas, quienes tienden a sobrestimar su propia eficacia y la mejoría de sus pacientes (Walfish et al., 2012).

En este contexto, en los últimos años ha tenido lugar la introducción de instrumentos que monitorizan el progreso en psicoterapia. Uno de estos instrumentos es el Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) (Duncan y Miller, 2008; Rodrigo-Holgado et al., 2018). Un primer metaanálisis que evaluaban la eficacia del PCOMS encontró un tamaño de efecto moderado ($g = .53$) en comparación con el tratamiento habitual (Lambert y Shimokawa, 2011). Un metaanálisis más reciente de 18 estudios y 2910 pacientes ha encontrado un tamaño de efecto más modesto ($g = .27$), siendo menos eficaz en contextos psiquiátricos u hospitalarios ($g = .1$) que en contextos comunitarios ($g = .45$) (Østergård et al., 2018).

Existe evidencia sólida sobre la efectividad del uso de PCOMS en contextos comunitarios en otros países y también en población española en el circuito privado, sin embargo, hasta la fecha no hay estudios publicados centrados en su eficacia dentro del sistema nacional de salud (Gimeno-Peón et al., 2018; 2019).

Método

El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad del uso del instrumento PCOMS en centros de salud mental comunitarios y de atención primaria del sistema de salud español. La hipótesis principal es que la administración del PCOMS resultará en un incremento de la efectividad de la psicoterapia, medida a través del resultado terapéutico, el descenso de sintomatología, el aumento de satisfacción y la reducción de abandonos antes de finalizar la terapia.

Diseño

Se trató de un estudio clínico con aleatorización individual y controlado simple ciego, llevado a cabo en 3 centros de salud mental comunitarios y un centro de atención primaria del área sanitaria del Hospital Universitario La Paz, en la Comunidad de Madrid, España.

Participantes

Se seleccionaron pacientes que fueron derivados por parte de los Médicos de Atención Primaria u otros profesionales por diversas problemáticas relacionadas con la salud mental a los terapeutas participantes durante su rotación en los centros de salud mental o atención primaria en el período del estudio. Los criterios de exclusión fueron: 1) ser menor de 18 años; 2) estar en tratamiento psicoterapéutico por más de un profesional simultáneamente.

El estudio se llevó a cabo entre junio de 2017 y marzo de 2019. Participaron seis psicoterapeutas, de ellos cinco psicólogos internos residentes y un médico interno residente de psiquiatría, adscritos al Hospital Universitario La Paz.

Procedimiento

La selección de pacientes se llevó a cabo según los criterios mencionados y conforme eran derivados a cada terapeuta. Tras una entrevista inicial, a cada paciente le fue entregado el consentimiento informado, un cuestionario sobre sus características demográficas, la escala ORS y el cuestionario SCL. La aleatorización de pacientes a cada grupo se llevó a cabo por el terapeuta de cada paciente, mediante un programa web de generación de dos números aleatorios (<https://www.augeweb.com/azar/>) una vez firmado el consentimiento, siendo el número uno el indicado para la inclusión en la condición PCOMS, y el número dos el indicado para inclusión en la condición control. Cada terapeuta llevó a cabo la intervención en ambas condiciones. Al finalizar el tratamiento se le pidió a cada paciente que completase de nuevo la escala ORS y la escala SCL, además del cuestionario de satisfacción CRES-4.

El protocolo inicial del estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la investigación con ensayos clínicos del Hospital Universitario La Paz con fecha 28 de julio de 2017 y código 4897, y fue conforme con los principios de la Declaración de Helsinki (Mazzanti, 2011).

Intervención

Grupo de Intervención (PCOMS)

Al inicio de cada sesión, el paciente completaba la escala de resultados u *Outcome Rating Scale* (ORS), en la que debía puntuar su estado actual en cada una de cuatro líneas de 10 centímetros asociadas a cuatro dominios (individual, interpersonal, social y global), obteniendo una puntuación total sobre 40. Las puntuaciones más bajas reflejan un mayor grado de gravedad, siendo el punto de corte para población clínica una puntuación global menor a 25. Según el protocolo de introducción (Duncan et al., 2008), el terapeuta debe explicar que la ORS es un modo de asegurarse de que la opinión del paciente es central en la terapia, y se utiliza para monitorizar el resultado en cada sesión.

Al final de cada sesión, el paciente completaba la escala de la alianza o *Sesión Rating Scale* (SRS), utilizando un procedimiento similar al anterior en los cuatro dominios (relación con el terapeuta, metas u objetivos, enfoque o tareas, y global). El punto de corte de esta escala es de 36, de forma que aquellos pacientes que puntúan por debajo se encuentran en riesgo de deterioro de la alianza de trabajo. Tanto si el paciente puntúa por debajo como si lo hace por encima del punto de corte, el terapeuta debe agradecer el feedback recibido y preguntar qué se podría hacer para mejorar en la próxima sesión. De este modo, la escala SRS proporciona una estruc-

tura para hablar sobre la alianza y sobre posibles problemas que hayan aparecido.

Grupo Control

Previo al inicio de cada sesión, el paciente completaba la ORS, en formato papel, en la sala de espera, la metía en un sobre y lo cerraba. Al entrar en la consulta, el paciente le entregaba el sobre cerrado al terapeuta, quien lo incorporaba en la historia clínica del paciente. De este modo, el terapeuta no accedía a la puntuación, ni se administraba la SRS al final de la sesión. No hubo otras diferencias entre el grupo de intervención y el grupo control.

Los terapeutas fueron instruidos en la administración de las dos escalas del protocolo PCOMS según el protocolo de sus autores y sus dudas fueron resueltas previamente al inicio de la fase de reclutamiento (Duncan et al., 2008).

Análisis

Variable Principal

Resultado terapéutico: 1) Se empleó la diferencia entre la puntuación inicial de la primera sesión y la puntuación correspondiente a la última sesión en la escala ORS.

Variables Secundarias

Resultado terapéutico: 1) Se codificaron los resultados de la escala ORS en una variable con 3 niveles (empeoramiento, no cambio, mejoría) y se empleó la diferencia entre el porcentaje de pacientes en ambos grupos que experimentaron empeoramiento (descenso de cinco o más puntos en la ORS final respecto a la puntuación inicial), no cambio (diferencia menor a cinco puntos) o mejoría (aumento de cinco o más puntos), según el protocolo de interpretación PCOMS (Duncan et al., 2008).

Sintomatología: 1) Se empleó la diferencia entre la puntuación inicial y la puntuación correspondiente a la última sesión en el índice global de malestar (GSI) de la versión española de la escala Symptom Checklist 90-R (SCL, Derogatis y Savit, 1999; González de Ribera et al., 2002). Se trata de una escala de 90 ítems, de aplicación en estudios comunitarios para la detección de psicopatología general y/o de cambios sintomáticos inducidos por diversos tratamientos.

Satisfacción: 1) Se empleó la adaptación española de la escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4, 1995; Feixas et al., 2012). Esta escala tiene cuatro ítems y fue creada para evaluar el grado de satisfacción del paciente con la terapia recibida, el grado en que considera que su problema se ha resuelto y el cambio en su estado emocional.

Cálculo del Tamaño Muestral

No existen estudios previos donde se haya estimado la efectividad de esta intervención de feedback en un contexto clínico comparable al de nuestra inves-

tigación. Para calcular el tamaño muestral, y dada la heterogeneidad de tamaños de efecto en diferentes estudios previos (Østergård et al., 2018), tomamos como referencia del tamaño del efecto esperable el estudio ampliamente citado de Whipple et al. (2003). En este estudio, que incluyó cerca de 1000 pacientes atendidos en la práctica clínica ordinaria por terapeutas de diferentes orientaciones, la diferencia de efecto entre los pacientes de terapeutas que recibieron una intervención de feedback, en comparación con los que no la recibieron, se estimó en 0.70 (un efecto medio según los criterios de Lipsey de 1990). Asumiendo un tamaño de efecto similar, un poder estadístico = 0.80 y una probabilidad de error alfa = 0.05, serían necesarios 34 participantes por rama del estudio para un tamaño muestral total de 68. El tamaño muestral final fue de 58 pacientes, fundamentalmente debido a un menor número de pacientes reclutados del estimado.

Las características basales de los participantes incluidos en los grupos intervención y control se compararon, utilizando test de *Chi-cuadrado* de Pearson y *t* de Student para muestras independientes para las variables categóricas y continuas, respectivamente.

Posteriormente, se compararon los resultados en las escalas ORS y SCL post-intervención en ambos grupos usando la prueba *t* de Student; Y la prueba exacta de Fisher para analizar la diferencia entre la proporción de pacientes que experimentaron empeoramiento, no cambio, o mejoría en cada intervención.

Finalmente, se modeló la diferencia entre intervenciones, en términos de escalas ORS y SCL post-intervención, utilizando análisis multinivel y ecuaciones de estimación generales (general estimating equations, GEE). Ambos modelos fueron construidos utilizando la medida de escalas post-intervención como variable resultado, y el grupo de intervención como variable predictora. Ambos modelos fueron ajustados por la medida basal de cada escala (ORS pre-intervención para el modelo de ORS post-intervención y SCL pre-intervención para el modelo de SCL post-intervención). Los modelos GEE son adecuados para este estudio dado que permiten que observaciones longitudinales se consideren anidadas en un mismo individuo, controlando las diferencias entre grupos de estudio por la variación intra-individual.

Los modelos multivariados, de forma adicional, incluyeron un segundo nivel para ajustar los estimadores de acuerdo con el terapeuta que realizó la intervención, para controlar por diferencias entre terapeutas, de manera similar a lo realizado en estudios previos (Janse et al., 2016; Van Oenen et al., 2016). Se realizaron ambas aproximaciones para obtener estimadores de efecto doblemente robustos, a modo de análisis de sensibilidad.

Los resultados de los modelos multinivel y GEE se expresan en forma de beta: variación, entre grupo control y PCOMS, de las puntuaciones medias de (i) ORS y SCL basal, y (ii) ORS y SCL post estudio ajustado por ORS y GSI basal, respectivamente; e incluyen el intervalo de confianza al 95% y una medida del valor *p*.

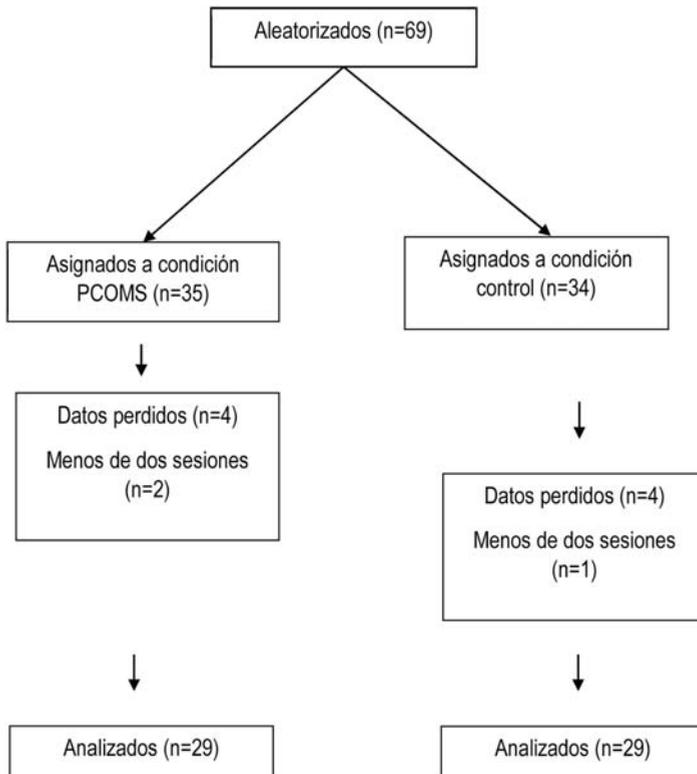
Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico Stata 15 para

PC (StataCorp, College Station, TX).

Resultados

Un total de 69 pacientes firmaron el consentimiento informado y fueron incluidos en el estudio. Se obtuvieron datos de la línea base y el final del tratamiento en la medida principal de 58 pacientes (condición PCOMS, $n = 29$, 68% mujeres, media = 36.9 años; condición control, $n = 29$, 72% mujeres, media = 44.1 años) (ver figura 1).

Figura 1
 Participantes. Datos del Número de Pacientes Asignados, Perdidos, No Completas y Analizados en Ambas Condiciones de Tratamiento



El reclutamiento de los pacientes se llevó a cabo de forma individual por cada terapeuta durante su período de rotación en el centro de salud mental o atención primaria correspondiente, a lo largo del período de desarrollo del estudio.

La categoría diagnóstica más común fue trastorno adaptativo ($n = 23$, 39%), seguido de trastorno de ansiedad ($n = 14$, 24%). Cada terapeuta atendió de media a nueve pacientes (9.6, rango de 5 a 15). Once pacientes fueron atendidos en un

centro de atención primaria, mientras que los 47 restantes (80%) lo fueron en los tres centros de salud mental del área. El apoyo familiar y social percibido por el paciente mediante la entrevista clínica se concentraba en su mayoría en el rango bajo-medio. Un total de 26 pacientes (44%) completaron estudios universitarios, y un total de 25 vivían con su pareja y/o hijos. El estado civil predominante era soltero ($n = 24$, 40%) y en pareja o casado ($n = 24$), y 22 pacientes se encontraban activos laboralmente en el momento del estudio, mientras que 13 estaban desempleados.

La mediana pre-tratamiento fue de 18 para la escala ORS (17 para el grupo PCOMS y 18 para el grupo control), y de 1.5 para la escala GSI (1.4 para el grupo PCOMS y 1.6 para el grupo control). No se observaron diferencias en las variables demográficas y las puntuaciones basales entre el grupo control y el grupo PCOMS. El número medio de sesiones fue de 4.98 (moda de tres sesiones), de frecuencia semanal-quincenal, y no se encontraron diferencias entre ambas condiciones (ver tabla 1).

Tabla 1
Características Demográficas

Variable	Grupo PCOMS	Grupo Control	No respondidos
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Años, media (desviación estándar)	36.9 (2.3)	44.1 (3.1)	
Género			
Hombre	9 (31)	9 (31)	
Diagnóstico			1 (3)
Trastorno adaptativo	10 (34)	13 (45)	
Trastorno de ansiedad	8 (28)	6 (21)	
Trastorno depresivo	4 (14)	5 (17)	
Trastorno ansioso-depresivo	2 (7)	2 (7)	
Trastorno psicótico	0 (0)	1 (3)	
Trastorno de personalidad	4 (14)	2 (7)	
Trastorno Bipolar	1 (3)	0 (0)	
Terapeuta			
1	3 (10)	3 (10)	
2	2 (7)	3 (10)	
3	5 (17)	7 (24)	
4	8 (28)	7 (24)	
5	6 (21)	5 (17)	
6	5 (17)	4 (14)	
Centro			
Centro salud mental 1	5 (17)	6 (21)	
Centro salud mental 2	5 (17)	8 (28)	

Variable	Grupo PCOMS	Grupo Control	No respondidos
Centro salud mental 3	13 (45)	10 (34)	
Centro atención primaria	6 (21)	5 (17)	
Apoyo familiar			
Bajo	13 (45)	8 (28)	
Medio	9 (31)	12 (41)	
Alto	7 (24)	9 (31)	
Apoyo social			
Bajo	9 (31)	8 (28)	
Medio	14 (48)	13 (45)	
Alto	6 (21)	8 (28)	
Nivel educativo			1 (3)
Estudios primarios	3 (10)	9 (31)	
Estudios secundarios	4 (14)	4 (14)	
Estudios de bachiller	6 (21)	5 (17)	
Estudios universitarios	16 (55)	10 (34)	
Convivencia			1 (3)
Solo/a	5 (17)	3 (10)	
Con amigos	2 (7)	5 (17)	
Pareja y/o hijos	11 (38)	14 (48)	
Padre y/o hermanos	9 (31)	5 (17)	
Otros	2 (7)	1 (3)	
Estado civil			1 (3)
Soltero/a	14 (48)	10 (34)	
En pareja o casado/a	14 (48)	10 (34)	
Divorciado/a	1 (3)	7 (24)	
Viudo/a	0 (0)	1 (3)	
Situación laboral			3 (10)
Estudiante	5 (17)	4 (14)	
Activo	13 (45)	9 (31)	
De baja	2 (7)	3 (10)	
Desempleado	8 (28)	5 (17)	
Jubilado	1 (3)	5 (17)	

Las medidas de ORS post-intervención en los grupos intervención y control fueron 27.1 y 22.72, respectivamente ($p = .02$) y las de SCL post-intervención fueron 1.11 y 1.27, respectivamente ($p = 0.76$).

Resultado terapéutico: tanto el modelo de Ecuaciones de Estimación Generales ($b = .16$; Intervalo de confianza al 95% = .05, .26) como el modelo Multinivel (b

= .14; intervalo de confianza al 95% = .04 – .25) obtuvieron diferencias entre la condición PCOMS y la condición control en la puntuación media de la escala ORS post-intervención, ajustada por la puntuación ORS pre-intervención.

De los 58 pacientes que finalizaron el estudio, un total de 30 experimentaron mejoría durante la intervención, 17 en la condición PCOMS y 13 en la condición control. No experimentaron cambios un total de 20 pacientes, 8 en la condición PCOMS y 12 en la condición control. Por último, un total de 8 pacientes empeoraron, cuatro en la condición PCOMS y cuatro en la condición control. Las diferencias entre ambas condiciones no fueron estadísticamente significativas ($p = .55$). El cálculo del número necesario a tratar (NNT = 7.14) indicó que por cada siete pacientes tratados en la intervención PCOMS se evitaría el empeoramiento o ausencia de cambio de un paciente (ver tablas 2 y 3).

Sintomatología: No se obtuvieron diferencias entre la media de la escala GSI del cuestionario SCL post-intervención de la condición PCOMS y la condición control, tanto en el modelo de Ecuaciones de Estimación Generales ($b = -.02$; intervalo de confianza al 95% = $-.67 - .62$) como en el modelo Multinivel ($b = -.02$; intervalo de confianza al 95% = $-.67 - .62$).

Satisfacción: un total de 39 pacientes completaron la encuesta de satisfacción CRES-4, 20 de ellos asignados a la condición PCOMS y 19 asignados a la condición control. La media de satisfacción con el tratamiento en la escala de 0 a 10 fue de 8.64, 8.8 para la condición PCOMS y 8.58 para la condición control, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Abandonos: un total de siete pacientes abandonaron la intervención de forma prematura y no consensuada con su terapeuta, tres de ellos asignados a la condición PCOMS y cuatro a la condición control.

Tabla 2
Distribución de Pacientes que Experimentaron Empeoramiento, No Cambio o Mejoría

	Empeoramiento	No cambio	Mejoría	Valor P ¹
Total N(%)	8 (13.8)	20 (34.5)	30 (51.7)	0.55
Grupo PCOMS N(%)	4 (13.8)	8 (27.6)	17 (58.6)	
Grupo control N(%)	4 (13.8)	12 (41.4)	13 (44.8)	

Nota. 1 = Prueba exacta de Fisher.

Tabla 3

Comparación de Resultados entre Pacientes que Reciben la Intervención PCOMS Frente a Paciente que Reciben la Intervención Control

	Diferencias no ajustadas		Modelo de Ecuaciones de Estimación Generales ¹			Modelo Multinivel ²		
	Diferencia de medias	Valor-P	Estimación de Beta	Intervalo de confianza al 95%	Valor-P	Estimación de Beta	Intervalo de confianza al 95%	Valor-P
ORS Post-Intervención	4.4	.06	.16	.05, .26	.003	.14	.04, .25	.007
SCL Post-Intervención	-.1	.59	-.02	-.67, .62	.95	-.02	-.67, .62	0.95

Nota: 1 = Los modelos de Ecuaciones de Estimación Generales están ajustados por las medidas de base de las escalas de resultados (ORS y SCL pre-intervención, respectivamente). 2 = Los modelos Multinivel están ajustados por las medidas de base de las escalas de resultados (ORS y SCL pre-intervención, respectivamente) e incluyen un segundo nivel por el terapeuta.

Discusión

El presente estudio es el primero en evaluar la efectividad del feedback formal en psicoterapia, a través del instrumento PCOMS, en contextos de salud mental comunitarios del sistema nacional de salud español.

Tomados en conjunto, los pacientes de nuestra muestra obtuvieron una mejoría en la intervención psicoterapéutica, así como un descenso de su sintomatología, una alta satisfacción con el tratamiento y un reducido porcentaje de abandonos prematuros en comparación con otros contextos (Swift et al., 2012). El porcentaje de pacientes que experimentaron mejoría es similar al encontrado en contextos comunitarios de otros países, con pacientes con diagnósticos y gravedad similares a los pacientes de nuestra muestra (Janse et al., 2016; Van Oenen et al., 2016).

Los resultados sugieren un aumento de la efectividad de la intervención psicoterapéutica, medida a través de la escala ORS, en la condición tratada mediante el instrumento PCOMS respecto a la intervención control. El cálculo del número necesario a tratar indicó que por cada siete pacientes tratados en la intervención PCOMS se evitaría el empeoramiento o ausencia de cambio de un paciente.

No se encontraron diferencias entre los grupos experimental y control en el descenso de la sintomatología, medido a través de la escala GSI del cuestionario SCL. Tampoco se obtuvieron diferencias en el nivel de satisfacción del paciente con el tratamiento, medido a través del cuestionario CRES-4, ni en el número de abandonos prematuros en ambas condiciones.

Los resultados coinciden con lo encontrado en algunos estudios en los que se incluyen otras medidas para evaluar la efectividad de la intervención junto a la ORS del protocolo PCOMS (Janse et al., 2016; Van Oenen et al., 2016), pero no

en otros (Brattland et al., 2018; Davidsen et al., 2017). Tal y como argumentan en Van Oenen (2016), una mejor puntuación en la escala ORS puede deberse en parte a la expectativa de mejoría por parte del terapeuta que administra la escala durante la sesión, de modo que el paciente responde a esas expectativas de un modo más o menos implícito. De este modo, los pacientes de la condición PCOMS obtendrían una mejor puntuación en la ORS respecto a la condición control que podría no reflejar una mejoría real. Por este motivo, el presente estudio ha seguido la recomendación de introducir otras medidas. Dado que las diferencias solo se han encontrado en la escala ORS, no podemos descartar esta hipótesis.

Otra explicación es que el feedback formal, a través del instrumento PCOMS, sea efectivo para variables relacionadas con el progreso terapéutico, como es el caso de la escala ORS, pero no para otras variables dependientes. Un reciente metaanálisis (Pejtersen et al., 2020) encontró que el tamaño del efecto de la intervención PCOMS no era significativo en variables relacionadas con el bienestar psicológico incluidas en seis estudios, similares a la escala de satisfacción de nuestro estudio. Además, tal y como indican en Janse (2016), la correlación entre escalas de síntomas como el SCL-90 y la ORS es moderada, y es posible que midan conceptos distintos.

Una primera limitación del presente estudio es que solo un total de 32 pacientes completaron la escala GSI (SCL-90) pre y post-tratamiento. Esto se debe en parte a que, debido a las características del contexto, un gran número de pacientes no acudió a entregar la escala GSI post-tratamiento una vez este había finalizado. Los datos perdidos de la escala GSI y de la encuesta de satisfacción CRES-4 limitan la validez de los resultados en estas variables. Esto no ocurrió en la variable principal (ORS) porque se tomó como referencia la última medición de la ORS, que coincidía en todos los casos con la última sesión. Otra limitación es la diferencia entre duración e intensidad del tratamiento para cada paciente y que no se controló la coexistencia de tratamiento psicofarmacológico. Estas limitaciones se relacionan con las características del contexto naturalista en el que tuvo lugar el estudio. No obstante, no se encontraron diferencias entre ambas condiciones en el diagnóstico, número de sesiones o abandonos prematuros, variables que pueden estar relacionadas con la duración e intensidad de la intervención y con la probabilidad de recibir tratamiento psicofarmacológico. Por otro lado, la fidelidad de los terapeutas al protocolo PCOMS no se midió sistemáticamente, sin embargo, se realizó supervisión por pares y mediante entrevista, de forma similar a otros estudios (Van Oenen, 2016). Por último, el bajo tamaño muestral limita la potencia estadística del estudio, ya que la muestra final fue de 58 pacientes cuando su cálculo según las características del diseño fue para 68 pacientes.

Una fortaleza del presente estudio es que se llevó a cabo en el contexto del sistema nacional de salud público español, en consonancia con la demanda de integración entre investigación y práctica clínica en psicoterapia de nuestro entorno en los últimos años (Fernández-Álvarez et al., 2020). Además, se atendió a la importancia de incluir otras variables dependientes señaladas en las revisiones

y meta-análisis sobre la efectividad del feedback formal a través del instrumento PCOMS (Østergård et al., 2018; Pejtersen et al., 2020). Por último, su diseño tuvo el objetivo de reducir la variabilidad atribuible a la diferencia entre terapeutas y su lealtad o creencia sobre la eficacia del feedback en psicoterapia (Wampold et al., 2017). Esto se consiguió mediante la asignación de los terapeutas a ambas condiciones, junto a la inclusión del factor del terapeuta en el análisis estadístico multinivel.

Como conclusión, este es el primer estudio en evaluar que el feedback formal en psicoterapia, a través del instrumento PCOMS, podría incrementar la efectividad de la intervención en contextos de salud mental comunitarios del sistema nacional de salud español. Futuros estudios con un mayor tamaño muestral podrían ser útiles para verificar la efectividad en otras variables como la reducción de la sintomatología, la satisfacción con el tratamiento o la reducción del número de abandonos prematuros, variables entre las que no se han encontrado diferencias en este estudio.

Nota de autor:

Este estudio no recibió ningún fondo específico por parte de agencias en el sector público, comercial o sin ánimo de lucro.

Referencias

- Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Gråwe, R. W., Klöckner, C., Linaker, O. M. y Iversen, V. C. (2018). The effects of routine outcome monitoring (ROM) on therapy outcomes in the course of an implementation process: A randomized clinical trial [Los efectos del monitoreo de resultados de rutina (ROM) en los resultados de la terapia en el curso de un proceso de implementación: un ensayo clínico aleatorizado]. *Journal of Counseling Psychology*, 65(5), 641-652. <https://doi.org/10.1037/cou0000286>
- Davidsen, A. H., Poulsen, S., Lindschou, J., Winkel, P., Tróndarson, M. F., Waadegaard, M. y Lau, M. (2017). Feedback in group psychotherapy for eating disorders: A randomized clinical trial [Feedback en psicoterapia de grupo para trastornos alimentarios: un ensayo clínico aleatorizado]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 484-494. <https://doi.org/10.1037/ccp0000173>
- Derogatis, L. R. y Spitzer, R. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales [El SCL-90-R, el Inventario breve de síntomas y las escalas de calificación clínica coincidentes]. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 679-724). Lawrence.
- Duncan, B. L. y Miller, S. D. (2008). The Outcome and Session Rating Scales: The revised administration and scoring manual, including the Child Outcome Rating Scale [Las escalas de calificación de resultados y sesiones: manual de instrucciones y puntuación, incluyendo la escala de calificación de resultados del niño]. Institute for the Study of Therapeutic Change. <https://www.scotttmiller.com/wp-content/uploads/JBT%20Hafkenscheid%20Duncan%20%20Miller2.pdf>
- Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. y Bados, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): la versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 51-58. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.639>
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Martín Gómez Penedo, J. y Jeong Youn, S. (2020). La brecha entre la investigación y la práctica clínica: hacia la integración de la psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 81. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932>
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Prado-Abril, J. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 39(3). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>
- Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Inchausti, F., Barrio-Nespereira, A., Álvarez-Casariago, M. T. y Duncan, B. L. (2019). Systematic client feedback: a naturalistic pilot study [Comentarios sistemáticos de los clientes: un estudio piloto naturalista]. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.04.005>

- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T. y Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting [¿Los psicoterapeutas mejoran con el tiempo y la experiencia? Un análisis longitudinal de los resultados en un entorno clínico]. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- González De Rivera, J. L., De Las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. J. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas* (adaptación española del SCL-90R). TEA.
- Janse, P. D., De Jong, K., Van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J. M. y Verbraak, M. J. P. M. (2016). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback [Mejorar la eficiencia de la terapia cognitivo-conductual mediante el uso de comentarios formales del cliente]. *Psychotherapy Research*, 27(5), 525-538. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152408>
- Lambert, M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy [La eficacia y efectividad de la psicoterapia.]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 169-218). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. y Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback [Recopilación de comentarios de los clientes]. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2ª ed., pp. 203-223). Oxford University Press.
- Lipsey, M. W. (1990). Design sensitivity: Statistical power for experimental research [Sensibilidad del diseño: potencia estadística para la investigación experimental]. SAGE Publications.
- Mazzanti, M. A. (2011). Declaration of Helsinki, bioethical principles and values at stake in medical research with human beings [Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos]. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), 125-144.
- Østergård, O. K., Randa, H. y 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 [El efecto de usar el sistema de gestión de resultados de socios para el cambio como herramienta de retroalimentación en psicoterapia: una revisión sistemática y metanálisis]. *Psychotherapy Research*, 30(2), 195-212. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1517949>
- Pejtersen, J. H., Viinholt, B. C. A. y Hansen, H. (2020). Feedback-informed treatment: A systematic review and meta-analysis of the partners for change outcome management system [Tratamiento basado en la retroalimentación: una revisión sistemática y un metanálisis de los socios para el sistema de gestión de resultados del cambio]. *Journal of Counseling Psychology* 67(6), 723-735. <https://doi.org/10.1037/cou0000420>
- Rodrigo-Holgado, I., Hernández-Gómez, A., Díaz-Trejo, S., Fernández-Rozas, J., Andrade-González, N. y Fernández-Liria, A. (24-26 mayo, 2018). *Spanish adaptation of the Outcome Rating Scale (ORS) and the Session Rating Scale (SRS). First results [Adaptación española de la Escala de Evaluación de Resultado (ORS) y la Escala de Evaluación de Sesión (SRS). primeros resultados]* [Póster]. Congreso XVIII ANPIR, Zaragoza, Spain.
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis [Interrupción prematura en psicoterapia de adultos: un metanálisis]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Van Oenen, F. J., Schipper, S., Van, R., Schoevers, R., Visch, I., Peen, J. y Dekker, J. (2016). Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomised controlled trial [Tratamiento informado por retroalimentación en psiquiatría de emergencia; un ensayo controlado aleatorio]. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0811-z>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. y Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers [Una investigación del sesgo de autoevaluación en profesionales de salud mental]. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.pr0.110.2.639-644>
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G. y Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? [¿Qué caracteriza a las terapeutas efectivas?] En L. G. Castonguay y C. E. Hill (Eds.), *How and Why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (p. 37-53). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work [El gran debate de la psicoterapia: la evidencia de lo que hace que la psicoterapia funcione]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L. y Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice [Mejorando los efectos de la psicoterapia: El uso de la identificación temprana de estrategias de tratamiento y resolución de problemas en la práctica rutinaria]. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 59-68. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.59>