



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Estudio sobre la eficacia de la relación terapéutica:

Una revisión sistemática

Study on the efficacy of the therapeutic relationship:

A systematic review

Marina Ruiz Ortiz

Tutora: Dra. María del Carmen Rodríguez Naranjo

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Máster en Psicología General Sanitaria

Facultad de Psicología - Universidad de Málaga

Septiembre 2022

Resumen

El objetivo de esta revisión sistemática es proporcionar una información actualizada sobre la eficacia de algunos de los factores medulares que, en el ámbito multidimensional del enfoque de los factores comunes, potencian y/o mejoran el tratamiento psicoterapéutico: la relación terapéutica, la alianza terapéutica como componente fundamental en esta última y el *feedback* como herramienta terapéutica complementaria a cualquier otra técnica de intervención. Para ello, se han revisado los estudios empíricos publicados recientemente sobre el empleo de estos factores en psicoterapia. Los resultados muestran la eficacia de un buen uso de la relación terapéutica, la alianza y el *feedback*, abarcando todo tipo de población, desde la infancia hasta la edad adulta, y para una gran variedad de problemas, desde los más comunes como son la depresión, ansiedad y malestar psicológico, hasta problemas más complejos, como los trastornos de alimentación y trastornos por estrés postraumático. También se ha resaltado la importancia de las habilidades terapéuticas y el valor de estas variables de relación terapéutica sobre los efectos de la terapia *online* en psicoterapia.

Palabras clave: eficacia en psicoterapia, variables de la relación terapéutica, factores comunes, alianza terapéutica, *feedback*.

Abstract

The aim of this systematic review is to provide updated information on the efficacy of some of the core factors that, in the multidimensional scope of the common factors approach, enhance and/or improve psychotherapeutic treatment: the therapeutic relationship, the therapeutic alliance as a fundamental component of the latter, and feedback as a complementary therapeutic tool to any other intervention technique. For this purpose, recently published empirical studies on the use of these factors in psychotherapy have been reviewed. The results show the effectiveness of a proper use of the therapeutic relationship, the alliance and feedback, covering all types of population, from childhood to adulthood, and for a wide variety of problems, from the most common ones such as depression, anxiety and psychological distress, to more complex problems such as eating disorders and post-traumatic stress disorders. The importance of therapeutic skills and the value of these therapeutic relationship variables on the effects of online therapy in psychotherapy have also been highlighted.

Key Words: psychotherapy efficacy, therapeutic variables, common factors, therapeutic alliance, feedback.

Introducción

Puede afirmarse que la psicoterapia funciona bien, dado que prácticamente el 80% de los clientes obtiene beneficios psicológicos del tratamiento recibido durante el proceso psicoterapéutico (Lambert y Ogles, 2004; Wampold, 2001). Sin embargo, diferentes investigaciones han revelado una serie de limitaciones relacionadas con su eficacia, al concluir que tan solo el 13% de la varianza de cambio proviene de la intervención terapéutica —el 5-8% debido al terapeuta (Barkham *et al.*, 2017) y un 1% al modelo teórico aplicado (Duncan, 2010)—, mientras que la explicación del 87% del cambio radica en el propio cliente, que cumple así un papel fundamental en el resultado (Wampold, 2001).

Por otro lado, diversos estudios han puesto de manifiesto que, pese a sus disparidades teóricas, ninguno de los modelos psicoterapéuticos tradicionales (conductual, psicodinámico, fenomenológico y humanista, principalmente) sobresale sobre los demás en cuanto a su efectividad (Marcus *et al.*, 2014; Wampold *et al.*, 1997). Y, precisamente, las investigaciones en torno a la eficacia de la psicoterapia constituyen un factor relevante para el desarrollo de modelos integradores, tales como el enfoque de los factores comunes, la integración teórica y el eclecticismo técnico (Botella *et al.*, 2015), que han surgido con la pretensión de superar la visión fragmentaria y competitiva ofrecida por los modelos clásicos (Castonguay y Goldfried, 1994).

En el siguiente apartado se aborda una revisión actualizada de los principales componentes del modelo integrador basado en el enfoque de los factores comunes, la más antigua de las tres aproximaciones a la integración arriba mencionadas. La necesidad actualizadora deriva de los continuos avances en el plano de la investigación psicoterapéutica que provocan flujos de innovación-aceptación-consolidación-obsolescencia propios de las estrategias de gestión del conocimiento y de la práctica asistencial. Se hará especial mención a algunos de los factores comunes considerados de vital importancia por su eficacia en la psicoterapia. En primer lugar, se destaca la alianza terapéutica por su influencia directa para potenciar y/o mejorar la relación terapéutica (Gelso y Hayes, 1998; Lambert, 1992; Safran y Muran, 2000). En segundo lugar, se dedica un apartado al *feedback*, considerado como “una forma de trabajar” en psicoterapia que beneficia a la relación terapéutica y que, a su vez, ayuda a mejorar la alianza terapéutica (Boswell *et al.*, 2015; Norcross y Lambert, 2019).

Los factores comunes

El enfoque de los factores comunes pone el énfasis en las similitudes, tanto teóricas como clínicas, que poseen los distintos paradigmas psicoterapéuticos. Los factores comunes amplían la visión del cambio psicoterapéutico, yendo más allá del prototipo médico que implica solamente enfoques teóricos y protocolos de tratamiento (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017), puesto que producen efectos terapéuticos y son responsables de una parte importante del éxito de la terapia (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017; Wampold e Imel, 2015). De acuerdo con Lambert (2013), los factores comunes explican en torno al 30% de la eficacia de la terapia, mientras que un 15% se debe a las técnicas seleccionadas, un 15% a las expectativas del cliente y el efecto placebo, y el 40% restante a variables extra-terapéuticas como acontecimientos externos, características, fortalezas y recursos del paciente (Norcross y Lambert, 2019). Por lo tanto, estos parecen ser mejores predictores de los resultados de la psicoterapia que cualquier técnica, al presentar logros superiores a los de cualquier tratamiento psicológico efectivo o modelo de adscripción teórica (Flückiger *et al.*, 2018; Laska, Gurman y Wampold, 2015).

Son muchos los investigadores que han ido delimitando los factores comunes, a la par que conceptualizándolos y clasificándolos de diferentes formas (Lambert, 1992; Wampold e Imel, 2015). Fueron pioneras las aportaciones de Rosenzweig, Alexander y French o Carl Rogers, entre los años 1930 y 1960. Tuvo gran influencia el modelo elaborado posteriormente por Frank y Frank (1991), que explica cuatro tipos de factores comunes de gran repercusión en el cambio terapéutico: el “contexto de curación”, en el que el paciente percibirá la terapia como un entorno seguro; el “marco conceptual explicativo”, que proporciona credibilidad al tratamiento empleado; la “relación establecida” entre el cliente y el terapeuta, en la que será importante el establecimiento de un fuerte vínculo terapéutico, y los “procedimientos” utilizados. En esa época, Kleinke (1994) también recogió nuevas propuestas de factores comunes, entre los que destacan la creación de una “atmósfera de apoyo” y el establecimiento de una “relación terapéutica segura”.

Décadas después, Lambert (2013) ofrece una visión global de los factores comunes que la literatura empírica ha ido identificando a lo largo de la historia, y clasifica estos en las categorías de “apoyo, aprendizaje y acción”, con una ordenación determinada que será necesaria durante el proceso terapéutico, tal como se expone en la tabla 1.

Factores de apoyo	Factores de aprendizaje	Factores de acción
Catarsis/liberación de tensión.	Orientación.	Exposición a miedos.
Mitigar el aislamiento.	Reexperiencia afectiva.	Habilidades de dominio cognitivo.
Estructuración/organización.	Asimilación de experiencias problemáticas.	Fomento de la experimentación a través de otras conductas.
Relación positiva.	Aprendizaje cognitivo.	Asumir riesgos.
Espacio seguro.	Experiencia emocional correctiva.	Esfuerzos de tolerancia emocional.
Espacio de apoyo.	<i>Feedback</i> .	Modelado.
Identificación con el terapeuta.	<i>Insight</i> /experiencia afectiva.	Práctica reflexiva.
Alianza terapéutica.	Explicación, justificación del tratamiento.	Pruebas de realidad.
Participación activa del clínico/paciente.	Exploración del marco interno de referencia.	Experiencias de éxito.
Reconocimiento de la pericia del clínico.	Cambio en las expectativas de efectividad personal.	Procesando experiencias terapéuticas.
Calidez, respeto, empatía, aceptación y autenticidad del clínico. Confianza/exploración abierta.	Reestructuración de percepciones personales.	Regulación emocional y conductual.

Tabla 1. Listado secuencial de factores comunes presentes en la psicoterapia

(Adaptado de Lambert, 2013).

En primer lugar, respecto a los factores comunes de apoyo, destacan los siguientes: (a) catarsis, que se entiende como la liberación de tensión emocional que el paciente reprime y le ocasiona gran malestar (Ques y Dinamarca, 2008); (b) mitigar el aislamiento, que implica reducir la falta de contacto social continuo que incrementa los niveles de ansiedad (Cuenya *et al.*, 2011); (c) la autenticidad del terapeuta, que es imprescindible a la hora de comunicar y conlleva que este sea coherente en cuanto a sus sentimientos, formas de actuar y de pensar, ya que una información mal expresada transmite mensajes ambiguos (Rogers, 1961); (d) reconocimiento de la pericia del clínico, que se refiere a las habilidades adecuadas que el terapeuta posee para ejercer su trabajo de una forma competente (Prado-Abril *et al.*, 2019); (e) empatía, que es la habilidad para comprender lo que el otro necesita y ponerse en su lugar, tratándose de un elemento clave del terapeuta eficaz y considerado como un rasgo estable (Carpena, 2016; Rogers, 1957); (f) la alianza terapéutica, que es el vínculo emocional establecido entre el terapeuta y el cliente, y que está caracterizado por la empatía, confianza y calidez, así como por el acuerdo sobre los objetivos y las tareas de la intervención. Además, potencia y/o mejora la relación terapéutica provocando mejoras

significativas en los resultados de la psicoterapia (Bordin, 1979; 1994; Gelso y Hayes, 1998; Safran y Muran, 2000).

A partir de estos hallazgos, hay que reparar en que la relación terapéutica es un factor fundamental que alude al canal mediante el cual transcurre la psicoterapia y, por lo tanto, es la condición de posibilidad del tratamiento (Gelso y Hayes, 1998; Lambert, 1992; Safran y Muran, 2000). La relación terapéutica es esencial en cualquier modelo u orientación teórica. Así, distintos autores han encontrado hallazgos diferentes, que oscilan entre el 10% y el 30% de la varianza de los resultados, siendo clave en la mejoría del paciente (Beutler *et al.*, 2004; Lambert, 1992). Diversos autores coinciden en la importancia de asentar desde un primer momento una relación terapéutica positiva para poner en marcha las técnicas de cambio y garantizar la eficacia de la psicoterapia (Horvarth *et al.*, 2011). Para evaluar la relación terapéutica se utilizan medidas de autoinforme. Constituyen algunos ejemplos la “Medida de la relación de Agnew” (ARM) o el “Inventario de alianza de trabajo” (WAI) (Tryon *et al.*, 2008).

Es fundamental detectar las variables que determinan la relación terapéutica y vincularlas a comportamientos concretos de los pacientes y terapeutas, operativizándolas con precisión (Gimeno-Peón, 2021). Las variables que condicionan el éxito o el fracaso de una terapia son varias y habría que tener en cuenta especialmente las variables relacionadas con la contribución de las personas, tanto de los clientes (por ej., sus características diferenciales) como de los propios terapeutas (por ej., sus habilidades comunicativas o su experiencia profesional). Además, todas estas variables hay que entenderlas siempre desde la interacción, ya que el clínico y el paciente están en continua relación de trabajo para resolver el problema (Rodríguez-Morejón, 2016).

Si bien la relación terapéutica es de vital importancia en la psicoterapia en general, tiene una relevancia aún mayor en aquellas situaciones más complejas en las que tiene un especial valor cultivar una relación terapéutica positiva. Así, en el caso de las personas que padecen trauma complejo, presentando una acumulación de traumas y una fuerte afectación de las emociones y de la regulación emocional, es imprescindible el establecimiento de un vínculo terapéutico más firme a la hora de comenzar el tratamiento para ayudarles a la reexperimentación de la situación traumática desde un clima de seguridad (Mlotek & Paivio, 2017; Paivio y Pascual-Leone, 2010). Además, para gestionar la regulación de las emociones en estas personas, la empatía del terapeuta es fundamental, ya que ayuda a transmitir y comunicar de forma apropiada las emociones, así

como a etiquetarlas y conducir las entendiendo el significado de la vivencia emocional provocada por vivencias traumáticas que han experimentado a lo largo de su vida (Frewen y Lanius, 2015; Leuzinger-Bohleber, 2015). Por otra parte, el establecimiento de la alianza terapéutica es vital en la primera fase de la técnica de liberación emocional que es empleada por los terapeutas para tratar los traumas complejos. En este sentido, tanto la respuesta empática del clínico como la validación son fundamentales para la generación de un vínculo de apego seguro que facilite la experimentación del dolor del paciente (Courtois y Ford, 2015; Foa *et al.*, 2007). En la misma línea, el trastorno límite de la personalidad (TLP) es otra situación complicada cuyo tratamiento exige el establecimiento de una relación terapéutica positiva con continuas validaciones empáticas del clínico (Bateman & Fonagy, 2004; Gunderson & Links, 2014). De hecho, diversas investigaciones sobre TLP resaltan la relevancia de identificar los factores comunes que fomenten resultados positivos en los diferentes tratamientos de los pacientes afectados, siendo la relación terapéutica el principal factor (Messer & Wampold, 2002). En efecto, la psicoterapia en personas con TLP puede ser ardua debido a las características que manifiestan: intensa reactividad e inestabilidad emocional, sensibilidad a los estímulos y a las emociones negativas, además del deterioro de su imagen y la alteración de las relaciones con los demás, que pueden llegar a provocar enfrentamientos con el terapeuta (Linehan, Bohus, & Lynch, 2007; Links *et al.*, 2007; Sadikaj *et al.*, 2010). Así, las habilidades del terapeuta revisten suma importancia en la construcción de una estrecha relación terapéutica con este tipo de pacientes, que suele ser dificultosa, de inicio lento y difícil de sostener (Gunderson, 2001), y está expuesta a una alta probabilidad de abandono de la terapia, debido al comportamiento de enfado, impulsividad y reactividad de los pacientes (Dimeff y Linehan, 2001; Linehan *et al.*, 1994).

En segundo lugar, respecto a los factores comunes de aprendizaje, destacan los siguientes: (a) *feedback*, que es el intercambio de información de forma continua, tanto verbal como no verbal que existe entre el paciente y el clínico, y que permite expresar el efecto que producen las palabras y las acciones de ambos (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1991; Wiener, 1961); (b) *“insight”*, que se refiere al acontecimiento cognitivo de “darse cuenta de” y su objetivo es lograr algunos cambios terapéuticos en el paciente, modificaciones en esquemas cognitivos y pensamientos automáticos (Palacios González, 2008); (c) experiencia emocional correctiva, que se refiere a la reexperimentación en el presente de aquellas vivencias con un gran contenido emocional de carácter traumático, que ha tenido el paciente en el pasado (Alexander, 1946).

En tercer lugar, respecto a los factores comunes de acción, destacan los siguientes: (a) exposición a miedos, que se refiere al afrontamiento de forma gradual y deliberada a aquellos estímulos externos y/o internos que producen ansiedad u otras emociones negativas, así como conductas de evitación (Bados López y García Grau, 2011); (b) modelado, que es una técnica donde el paciente aprende comportamientos nuevos a través del aprendizaje vicario, observando e imitando a otras personas que ejercen como “modelos” (Cruzado, 1995); (c) práctica reflexiva, que se define como la toma de conciencia acerca del conocimiento que se posee y hacia dónde se quiere dirigir el cliente, lo que implica un traslado de lo teórico a lo práctico teniendo en cuenta las consecuencias derivadas del mismo (Albertín Carbó, 2007); (d) las experiencias de éxito, que se traducen en la consecución de mejoras significativas en los pacientes, reduciendo el número de sesiones y el porcentaje de abandonos y deterioros.

Entre todos los clínicos, los terapeutas que consiguen los mejores resultados, conocidos como *supershrinks*, representan entre un 15-20 % de los profesionales y sus logros son, según algunos estudios, un 50% más elevados que los del resto (Barkham *et al.*, 2017; Johns *et al.*, 2019; Miller *et al.*, 2013). Ahora bien, según la evidencia empírica, la diferencia de éxito entre ellos no es debida a la adherencia a un enfoque teórico concreto ni a la valía de sus habilidades interpersonales, tampoco al paso por “terapia personal”, a la supervisión clínica durante la formación continua o a la experiencia acumulada, sino más bien a una serie de habilidades terapéuticas y características personales del clínico (Gimeno-Peón, 2021; Heinonen y Nissen-Lie, 2020). Junto a estas variables del terapeuta, Rodríguez-Naranjo (2000) organiza los restantes factores comunes en base al siguiente eje: (a) las expectativas del paciente acerca de encontrar ayuda, (b) las estrategias y técnicas de intervención, y (c) la interacción terapeuta-paciente; estos dos últimos en sintonía con los factores comunes de acción y apoyo recogidos por Lambert (2013), respectivamente. Estos factores parecen ser elementos cruciales para la obtención de experiencias de aprendizaje, también articuladas por Lambert, como máximas responsables del cambio.

En los siguientes apartados se abordará la importancia que tiene la alianza terapéutica en los resultados de la psicoterapia y, en particular, el establecimiento de una alianza fuerte desde el inicio, así como las habilidades del clínico que contribuyen a su solidez. A continuación, se dedicará un apartado a la obtención y el uso del *feedback*, considerado como un “GPS terapéutico” que ayuda al clínico a redirigir la terapia (Miller *et al.*, 2013), proporcionando múltiples beneficios

en sus resultados, y se contemplarán las habilidades interpersonales del terapeuta que facilitan que el *feedback* se proporcione adecuadamente para que sea eficaz.

La alianza terapéutica

En el contexto más general de la relación terapéutica, el ángulo cognitivo de la alianza terapéutica enfatiza en mayor grado el trabajo en equipo y la colaboración entre el paciente y el terapeuta (Raue y Goldfried, 1994). Así, la alianza terapéutica es uno de los factores comunes que cuenta con más apoyo empírico y con una mayor aceptación por parte de los expertos, dado el papel central que desempeña en el éxito de las terapias (Fluckiger *et al.*, 2018; Kidd, Davidson, y McKenzie, 2017; Norcross y Lambert, 2019). Cuando existe una buena alianza, el paciente percibe la relación interpersonal como beneficiosa (Gelso, 2014) y ve al terapeuta como una persona empática e implicada en su bienestar y en su recuperación, propiciando resultados positivos en psicoterapia. Esto ocurre hasta el punto que la alianza terapéutica llega a explicar un 8% de la varianza de los resultados, un porcentaje de cambio terapéutico mayor que el que alcanzan las técnicas o el modelo empleado (Botella *et al.*, 2015). Paralelamente, esta es una variable muy importante en el desarrollo de los tratamientos psicológicos en todo tipo de poblaciones, tanto con pacientes adolescentes como adultos y en cualquier formato, individual, de pareja, familiar-sistémico o grupal (Friedlander *et al.*, 2018; Norcross y Wampold, 2011). Además, determinadas investigaciones han mostrado que la alianza terapéutica se relaciona también con mejores logros en situaciones complejas, como por ejemplo el TLP (Hirsh *et al.*, 2012; Spinhoven *et al.*, 2007).

En concordancia con estos resultados, son muchos los modelos teóricos y tratamientos psicológicos que destacan la necesidad de crear una alianza terapéutica como un paso fundamental en terapia. Sin embargo, tal como indica Gimeno-Peón (2021), es importante no caer en la idea errónea de que la alianza terapéutica forma parte de un “proceso secuencial”, es decir, que una vez establecida ya no se sigue construyendo y/o modificando. Al contrario, la alianza terapéutica “se construye” en interacción con el paciente, y no obedece exclusivamente a las habilidades del terapeuta, sino que depende igualmente de las características del propio paciente a las que el clínico se debe adaptar. Hay que tener en cuenta que la alianza no es fija sino “variable”, considerándose un factor de naturaleza dinámica que puede ir fluctuando a lo largo de la terapia, lo que hace que sea muy importante su monitorización, en la que nos centraremos más adelante. En este sentido,

las habilidades del terapeuta para comunicar los resultados del tratamiento al paciente, así como el convencimiento sobre las capacidades de este para lograr el cambio deseado, son elementos esenciales para erigir una buena alianza terapéutica (Bohart y Tallman, 2010). Las siguientes recomendaciones sirven para incrementar la solidez de la alianza (Fluckiger *et al.*, 2018):

- 1) Crear y conservar la alianza terapéutica a lo largo de toda la terapia.
- 2) Llegar lo más pronto posible a acuerdos negociados acerca de los objetivos a conseguir, atendiendo a las preferencias del paciente y teniendo en cuenta los conocimientos y habilidades del clínico.
- 3) Garantizar que la actuación del terapeuta sea coherente tanto con la motivación como con las capacidades que tiene el cliente, presentando siempre una disposición cooperativa adaptada a este, tanto de forma verbal como no verbal.
- 4) Gestionar con claridad cualquier ruptura de la alianza.
- 5) Detectar de forma meticulosa cualquier discrepancia que pueda surgir en terapia respecto a la valoración de la alianza.
- 6) Asegurar que el clínico evalúe de forma sistemática el grado de alianza por parte del paciente, desarrollando un formulario personalizado para el caso.

La psicoterapia cuenta con diversos instrumentos de evaluación de la alianza terapéutica; señalamos los principales. En primer lugar, el *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath y Greenberg, 1989), adaptado al español por Andrade-González y Fernández-Liria (2015), tiene como fin calibrar las valoraciones del paciente acerca de lo que ocurre en las sesiones, asumir por parte del clínico los posibles errores que haya cometido, fomentar la metacomunicación y, en ocasiones, utilizar minuciosamente autorrevelaciones acerca de cómo se siente. En segundo lugar, la *Session Rating Scale* (SRS; Duncan *et al.*, 2003) sirve para medir la percepción del paciente respecto a la calidad de la alianza terapéutica, así como su propio progreso, permitiendo al terapeuta localizar un posible deterioro o amenaza de ruptura de la alianza. En tercer lugar, la *Assessment for Signal Clients* (ASC; Lambert *et al.*, 2007) proporciona *feedback* sobre la alianza terapéutica por medio de una subescala, de las cuatro que presenta el autoinforme, que muestra los problemas percibidos por el cliente, así como las rupturas de las alianzas—o los patrones disfuncionales, entre otros (Atzil-Slonim *et al.*, 2015; Rubel *et al.*, 2018).

El papel del *feedback* en la terapia psicológica

La literatura empírica refleja que son muchos los beneficios que presenta usar el *feedback* del paciente durante la trayectoria de la terapia. Según diversas investigaciones, la obtención y uso de *feedback* es aplicable en cualquier modelo de intervención en psicoterapia y presenta resultados positivos, mostrando una alta evidencia sobre su eficacia y, además, mejora y ayuda a potenciar de forma significativa la alianza terapéutica (Lambert, Whipple y Kleinstauber, 2018; Norcross y Lambert, 2019; Youn *et al.*, 2019). En primer lugar, el *feedback* que proporciona el paciente al terapeuta es de vital importancia para que este último pueda reconocer y solucionar cualquier problema que se pueda presentar durante la terapia (Chow, 2014; Duncan, 2014; Gimeno-Peón *et al.*, 2018; Lambert, 2011). Además, el *feedback* aportado por los pacientes los ayuda a que sean participantes directos de su propio proceso terapéutico, redirigiendo su atención hacia lo que quieren conseguir (Duncan, 2010). Por otra parte, el *feedback* continuo a lo largo de la terapia incide también positivamente en el proceso y ayuda tanto al paciente como al terapeuta a tomar decisiones conjuntas (Howard *et al.*, 1996; Lambert, 2001). Podríamos decir que el *feedback* se considera como un “GPS terapéutico” que ayuda al clínico a redirigir la terapia, sobre todo en momentos en que necesita encontrar nuevas sendas (Miller *et al.*, 2013). Diferentes estudios han demostrado que una retroalimentación continua ofrece efectos beneficiosos en salud mental, cuando no hay un buen progreso de los pacientes en terapia o presentan un peligro de deterioro, disminuyendo casi a la mitad las tasas de abandono, así como acortando el tiempo de ingreso hospitalario en pacientes internos (Amble *et al.*, 2015; Gondek *et al.*, 2016; Kendrick *et al.*, 2016; Krägeloh *et al.*, 2015). En este sentido, el tratamiento *Cognitive Stimulation Therapy* (CST; Lambert, 2015) es una herramienta que guía la incentivación del *feedback*; señalamos algunos ejemplos de su uso: si el paciente refleja algún problema en la relación terapéutica, se recomienda “dar y pedir *feedback* sobre la relación que mantienen”, y en caso de falta de motivación para lograr los objetivos de la terapia es importante “hablar sobre las consecuencias de progresar o no progresar”.

En segundo lugar, en cuanto al *feedback* que proporciona el terapeuta al paciente sobre los resultados que muestran los instrumentos de medida utilizados, es importante que el clínico presente y explique el instrumento al comienzo de la sesión, aclarar posteriormente la puntuación obtenida, el punto de corte y la gráfica, diciéndole, por ejemplo “en las siguientes semanas, esto es aproximadamente lo que esperamos que vaya ocurriendo...”, “es importante utilizar esto ya que las investigaciones afirman que se incrementa la probabilidad de que favorezca alcanzar tus

metas”. Además, el terapeuta debe relacionar las puntuaciones de los ítems con los objetivos que se han fijado en la terapia y no solamente limitarse a explicarlos y a registrarlos (Gimeno-Peón, 2021).

Como se puede observar, las investigaciones han corroborado los diversos beneficios del empleo del *feedback*; entre estos podemos citar un aumento del efecto del tratamiento, una considerable disminución de la duración de la terapia y de los abandonos, así como de los riesgos de deterioro y de los costes asistenciales. Por otra parte, hay que tener en cuenta que no todos los pacientes se benefician de la monitorización de los resultados. Así, aquellos para quienes, desde un primer momento, la terapia está siendo efectiva y progresan de forma adecuada, alcanzarían la misma meta con o sin este tipo de medida, al contrario de los pacientes que no progresan conforme a la respuesta de tratamiento esperada en un determinado tiempo, que sí se beneficiarían de las medidas de *feedback*. No obstante, los resultados de estos últimos también se verán influenciados por los factores relacionados con la habilidad del psicoterapeuta, ya que la utilidad tanto de la adquisición como de la utilización de la información que se recabe durante la terapia dependerá del grado de competencia del profesional y del uso que haga del instrumento de medida (Gimeno-Peón, 2021; Miller *et al*, 2015).

Es importante incidir en las habilidades interpersonales del terapeuta que facilitan que el *feedback* se proporcione adecuadamente y sea eficaz. A este respecto, muchos estudios han evidenciado que correlacionan significativamente con resultados positivos en psicoterapia las *Facilitative Interpersonal Skills* (FIS) (Anderson *et al.*, 2009; 2016). Estas consisten en destrezas para “observar, entender y comunicar” una gran cantidad de informaciones de carácter interpersonal, y utilizan la persuasión con el fin de ayudar a pacientes que tienen dificultades en encontrar el camino para renunciar a aquellos hábitos que les ocasionan malestar. Las FIS incorporan, entre otras, habilidades para ofrecer empatía, capacidad de persuasión, fluidez verbal, calidez, expresión emocional, aptitudes para vincularse con otras personas y facultades para entender el problema que trae el paciente. Otra cualidad eficaz en el terapeuta comprende la habilidad para “dudar acerca de si es correcto lo que está haciendo” o *professional self-doubt*, ya que estar mejorando continuamente a lo largo de la terapia es imprescindible para obtener mejores resultados (Nissen-Lie *et al.*, 2015).

Para percibir el progreso del paciente y comparar los resultados con la *respuesta esperada al tratamiento* se manejan una serie de instrumentos que se van aplicando a lo largo de la psicoterapia, normalmente sesión a sesión. Un instrumento empleado para obtener *feedback* es la *Monitorización rutinaria de resultados* (ROM) (Delgadillo *et al.*, 2018; She *et al.*, 2018), que recoge de forma rutinaria las sensaciones que tiene el paciente acerca del progreso de la terapia, y se compara con la respuesta esperada al tratamiento, con el propósito de (si hace al caso) revisar los objetivos de la terapia o cambiar el enfoque para evitar posibles abandonos (Gimeno-Peón *et al.*, 2018; Prado-Abril, Sánchez-Reales, & Inchausti, 2017). Otros instrumentos, dirigidos a evaluar los resultados que se van obteniendo a lo largo de las sesiones con objeto de proporcionar *feedback* son: *Outcome Questionnaire* (OQ), cuya última versión es el OQ-45.2 (Lambert, 2015), *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM; Barkham *et al.*, 2001), y *Partners for Change Outcome Management System* (PCOMS; Duncan y Sparks, 2018), un sistema para monitorizar reguladamente el proceso psicoterapéutico y para ajustar el tratamiento a las necesidades o preferencias de los pacientes que, junto con el OQ45.2, ha mostrado su utilidad clínica en ensayos controlados aleatorizados.

El objetivo de la presente revisión es proporcionar una información actualizada sobre la eficacia de algunos de los factores medulares que, en el ámbito multidimensional del enfoque de los factores comunes, potencian y/o mejoran el tratamiento psicoterapéutico: la relación terapéutica, la alianza terapéutica como componente fundamental de esta última, y el *feedback* como herramienta terapéutica complementaria a cualquier otra técnica de intervención. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de los estudios y/o investigaciones empíricas publicadas recientemente sobre el empleo de estos factores en psicoterapia, en las que los diseños de investigación han sido estudios experimentales controlados y aleatorizados (ECA en adelante) y no ECA, cuasiexperimentales y cualitativos.

Metodología

Esta revisión sistemática incluye de forma exhaustiva artículos empíricos que estudian la eficacia de la relación terapéutica, la alianza terapéutica y el *feedback*. En primer lugar, se han seleccionado estudios de la última década, desde 2013 hasta 2022, en inglés y español, siendo los tipos de documentos: *articles*, *review articles*, *articles clinical trials* y *abstracts*. Respecto a las

áreas de investigación se eligió: *psychology* y *behavioral science*. Los tipos de documentos en los que se ha realizado la búsqueda comprenden artículos de publicaciones periódicas registradas en las bases de datos *Web Of Science* y *Medline*. Las tres ecuaciones de búsqueda seleccionadas han sido: 1) (“**therapeutic relation**”) AND (“*randomized control trial*”); 2) (“**therapeutic relation**”) AND (“*effects*”); 3) (“**therapeutic relation**”) AND (“*outcomes*”) adaptadas a las distintas plataformas de búsquedas utilizadas y aplicada sobre “tema”. En segundo lugar, se han seleccionado estudios desde 2007 hasta 2022, extendiéndose seis años atrás, ya que en la última década se encontraron pocos artículos al respecto. La búsqueda se realizó en inglés y español, siendo los tipos de documentos: *articles*, *review articles* y *abstracts*. Respecto a las áreas de investigación se eligió: *psychology* y *behavioral science*. Los tipos de documentos en los que se ha realizado la búsqueda comprenden artículos de publicaciones periódicas registradas en la base de datos *Web Of Science*. La ecuación de búsqueda seleccionada ha sido: (“*routine outcome monitoring*” OR “*collecting client feedback*” OR “*feedback informed treatment*” OR “*patient-reported outcome*”), adaptada a la plataforma de búsqueda utilizada y aplicada sobre “tema”.

Para garantizar la replicabilidad de la misma, los criterios para la inclusión de las publicaciones siguiendo el formato PICOS -*Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Study design*– (Perestelo-Pérez, 2013) han sido: 1) participantes, de cualquier edad y tipo de población, sin límite en cuanto a número y/o sexo; 2) el tipo de intervención debe ser la aplicación de un tratamiento psicológico, que incluya cualquier tipo de terapia y problema psicológico; 3) el estudio debe ser empírico. En todo momento se han seguido las directrices proporcionadas por la metodología PRISMA (Page *et al.*, 2021), tanto a la hora de diseñar la búsqueda como de plasmar sus resultados en esta revisión; 4) los resultados se miden con instrumentos que garantizan la fiabilidad y validez de la evaluación de las variables seleccionadas.

Resultados

En total se han identificado 126 registros, de los cuales 125 se han encontrado a través de las búsquedas en las bases de datos electrónicas, y 1 ha sido localizado mediante una búsqueda informal en las referencias de los artículos encontrados. Eliminando los registros duplicados en la fase de cribado, quedaron 119 referencias. Continuando con la fase de elegibilidad, revisando el título y los resúmenes de los artículos, se descartaron en primer lugar 60 en los que la temática no

informaba acerca de relación terapéutica, alianza terapéutica o *feedback*, siendo la mayoría relativos a temas médicos. Posteriormente, de los 59 artículos restantes, se han seleccionado aquellos en los que el diseño de investigación es un estudio empírico. Por último, se han descartado tres artículos por no contar con datos suficientes para su análisis sin el texto completo, quedando finalmente para su estudio en este trabajo 15 estudios empíricos: cuatro experimentales ECAs y tres no ECAs, tres cuasiexperimentales y cinco cualitativos (tres son estudios de casos). En la Figura 1 se puede ver el diagrama detallado de todo el proceso de selección de artículos.

Características de los estudios seleccionados

Dentro de la búsqueda de la relación terapéutica, se encontraron varios artículos relativos a la alianza terapéutica, que se abordan separadamente por su valor teórico y aplicado. En las tablas 2, 3 y 4 se recogen los principales campos de interés de los artículos seleccionados, en los que se incluyen: los autores y el año, el número de sujetos de la muestra y edades, el diseño de estudio y los criterios de inclusión/exclusión, la/s variable/s pre-intervención y el/los instrumento/s de evaluación, las características de la intervención, una síntesis de los resultados obtenidos y las posibles bajas del estudio.

En primer lugar, en la Tabla 2 se recogen cuatro estudios (dos experimentales ECAs, uno cuasiexperimental y uno cualitativo) que analizar el efecto de la relación terapéutica en los resultados de la intervención. Las muestras utilizadas en los estudios revisados comprenden un total de 371 participantes, con un formato grupal e individual. Los tipos de problemas tratados son: trastornos de alimentación, como bulimia nerviosa y trastorno por atracón (Traviss *et al.*, 2013); depresión en pacientes geriátricos con disfunción ejecutiva (Mace *et al.*, 2017); adolescentes con fatiga crónica y trastorno depresivo mayor (Herring *et al.*, 2022); y trastornos del estado de ánimo y ansiedad con problemas relacionales (Tanzill *et al.*, 2018).

En segundo lugar, en la Tabla 3 se recogen cinco estudios (un experimental ECA y tres no ECAs, y un estudio de casos) que analizar el efecto de la alianza terapéutica en los resultados de la intervención. Las muestras utilizadas en los estudios revisados comprenden un total de 3401 participantes (teniendo en cuenta que no se contabiliza la muestra de uno de los estudios al no venir detallada en el mismo), con formato individual o grupal. Los tipos de problemas tratados son: trastornos de estrés postraumático, relacionados con abusos y negligencias infantiles, que

incluyen síntomas de intrusión y evitación, preocupaciones por los sentimientos negativos, malestar, baja autoestima, problemas interpersonales, ansiedad y depresión (Paivio *et al.*, 2010); problemas emocionales relacionados con la experiencia afectiva y apego inseguro en adultos (Markin *et al.*, 2018); fobias que incluyen depresión, ansiedad y malestar subjetivo (Ferreira, y Janeiro, 2022); depresión y ansiedad (Mills, 2021); y otros problemas psicológicos del Servicio de Salud Mental (Celedonia *et al.*, 2021).

Por último, en la Tabla 4 se recogen seis estudios (un experimental ECA, dos cuasiexperimentales y tres cualitativos, donde uno es un estudio de casos) que analizar el efecto del *feedback* en los resultados de la intervención. Las muestras utilizadas en los estudios revisados comprenden un total de 531 participantes, con formato individual o grupal. Los tipos de problemas tratados son: relaciones interpersonales de familia y pareja (Esmiol-Wilson *et al.*, 2017); trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y otros problemas de relevancia clínica como problemas maritales y de rasgos de personalidad vulnerables (Gimeno-Peón *et al.*, 2019); ansiedad y depresión (Mueller *et al.*, 2018); bajo estado de ánimo (Montagu *et al.*, 2017); síntomas depresivos moderados, ansiedad (sin o con ataques de pánico), síntomas físicos intensos con agotamiento, dolor inexplicable, desregulación emocional y estado de ánimo deprimido (Roubal *et al.*, 2018); y pacientes con enfermedades mentales de diversa gravedad (Hovland *et al.*, 2020).

Principales resultados hallados

En primer lugar, en cuanto a la eficacia obtenida de la relación terapéutica en la psicoterapia, los estudios recopilados demuestran que una buena relación terapéutica: (a) disminuye de forma significativa la hostilidad, comportamientos sumisos y aumenta la adherencia en personas con trastornos alimentarios, sobre todo en bulimia nerviosa y trastorno por atracón (Traviss *et al.*, 2013); (b) disminuye la depresión en pacientes geriátricos con disfunción ejecutiva, a menudo si en la relación terapéutica existe una mayor comprensión, tanto del paciente como del terapeuta, y aceptación por parte del clínico (Mace *et al.*, 2017); (c) aumenta la participación, durante las sesiones, en los adolescentes que padecen fatiga crónica y trastorno depresivo mayor. Esto último ocurre, sobre todo, si en la relación terapéutica está implícita una colaboración en la que el terapeuta se percibe como genuino y proporciona sensación de seguridad (Herring *et al.*, 2022); (d) produce mejores resultados en la psicoterapia psicodinámica a corto plazo. Por otra

parte, una menor calidad de relación terapéutica se ha relacionado con una menor sintonía al inicio de la evaluación clínica y con respuestas más fuertes de impotencia, frustración y desentendimiento de los terapeutas durante la terapia (Tanzill *et al.*, 2018).

En segundo lugar, en cuanto a la eficacia obtenida de la alianza terapéutica en la psicoterapia, los estudios recopilados demuestran que una buena alianza terapéutica: (a) aumenta de forma significativa el bienestar psicológico y reduce el deterioro a largo plazo (6 meses) (Celedonia *et al.*, 2021); (b) disminuye los síntomas de intrusión y evitación, ansiedad, depresión, malestar psicológico, problemas interpersonales y preocupación por los sentimientos negativos, y aumenta la autoestima. Todo ello produce mejorías en pacientes con trastornos relacionados con traumas, sobre todo en aquellos que han sufrido algún tipo de abuso y negligencia infantil (Paivio *et al.*, 2010); (c) disminuye los síntomas y provoca cambios positivos en el afecto y en el apego inseguro, si la relación terapéutica es colaborativa, real y sólida (Markin *et al.*, 2018); (d) disminuye de forma significativa el efecto desadaptativo de las experiencias emocionales que padecen los pacientes, al igual que disminuye el malestar psicológico y aumenta el bienestar; por ejemplo en aquellos con algún tipo de fobia y que, por ello, realizan exposiciones durante las sesiones (Ferreira, & Janeiro, 2022); (e) aumenta el bienestar subjetivo en los participantes que comenzaron la atención virtual, teleterapia y *telecoaching*, con síntomas depresivos elevados (Mills, 2021). Por último, una menor calidad de alianza terapéutica se ha relacionado con una disminución del bienestar psicológico y un aumento del malestar subjetivo a lo largo de las sesiones, sobre todo en los pacientes que presentan niveles más altos de experiencia emocional (Ferreira, & Janeiro, 2022).

Por último, en cuanto a la eficacia obtenida del *feedback* en la psicoterapia, los estudios recopilados demuestran que un buen uso de *feedback*: (a) aumenta la colaboración, la alianza terapéutica y facilita la dirección de la sesión, ayudando a una mejor adaptación del terapeuta a las necesidades del paciente en terapia de pareja y familia. También fomenta el crecimiento personal de los terapeutas, incrementando la empatía y conciencia de sí mismos, y un mayor compromiso en los beneficios del *feedback* por encima de sus retos (Esmiol-Wilson *et al.*, 2017); (b) disminuye la ansiedad y la depresión sobre todo en los pacientes que presentan riesgo de deterioro o abandono de la terapia. Además, se ha visto un efecto incremental en la terapia cuando va acompañado con herramientas de resolución de problemas (Mueller *et al.*, 2018); (c) disminuye la depresión y el malestar psicológico, y mejora la calidad de vida, principalmente

cuando el *feedback* es presencial, aunque no se obtienen los mismos beneficios si el *feedback* es aplicado de forma “no presencial” (Montagu *et al.*, 2017). Así, pacientes que padecen diversos tipos de enfermedades graves, como es la psicosis, pueden sufrir incluso un empeoramiento cuando el *feedback* que obtienen es por vía telefónica. Se han encontrado estos mismos resultados si la terapia se aplica en formato *online* en pacientes con enfermedades graves, personas mayores que presentan analfabetismo digital o con los que no hablan otra lengua materna (Hovland *et al.*, 2020).

Discusión

El objetivo de la presente revisión sistemática ha sido proporcionar una síntesis actualizada de algunas de las estrategias medulares que, desde el enfoque de los factores comunes, potencian y/o mejoran el tratamiento psicoterapéutico: la relación terapéutica, la alianza terapéutica como componente fundamental de esta y el *feedback*. Todo ello mediante la búsqueda de los estudios empíricos publicados en revistas científicas desde 2013 hasta 2022 y desde 2007 a 2022.

En síntesis, los resultados encontrados muestran que un uso adecuado de la relación terapéutica, la alianza terapéutica y el *feedback* resulta eficaz para mejorar y/o potenciar los resultados de la psicoterapia. Los efectos beneficiosos abarcan todo tipo de población, desde la infancia hasta la edad adulta, contribuyendo a la mejoría en problemas psicológicos de diversa índole como son los trastornos del estado de ánimo, incluyendo síntomas depresivos moderados, ansiedad, ataques de pánico, fatiga crónica y síntomas físicos intensos (agotamiento, dolor inexplicable y disregulación emocional). También son eficaces en otros problemas de mayor complejidad en terapia como son los trastornos de alimentación, sobre todo en bulimia nerviosa y trastorno por atracón; los trastornos de estrés postraumático relacionados con abusos y negligencias infantiles, donde se incluyen síntomas de intrusión y evitación, preocupaciones por los sentimientos negativos, malestar, baja autoestima, problemas interpersonales y diferentes tipos de fobias. Por otra parte, producen efectos beneficiosos en rasgos de personalidad vulnerables y enfermedad mental de diversa gravedad. Así como en otras variables cognitivas y emocionales como son la hostilidad, impotencia, frustración, comportamientos sumisos, bienestar y malestar psicológico, afecto, apego inseguro, experiencias emocionales desadaptativas, crecimiento personal de los terapeutas (mayor empatía, aceptación, compromiso y conciencia de sí mismos) y problemas emocionales. En último lugar, aumenta la adherencia al tratamiento en personas con

trastornos alimentarios y produce aumento de la participación en las sesiones y mayor colaboración.

Entre los hallazgos más interesantes de los estudios revisados, se encuentra la existencia de convergencias entre la relación terapéutica, alianza terapéutica y el *feedback*, en sus efectos sobre diferentes variables como la depresión, ansiedad y malestar psicológico. Así, los hallazgos muestran que una buena relación terapéutica produce disminución de depresión en pacientes con disfunción ejecutiva (Mace *et al.*, 2017). Del mismo modo, los hallazgos muestran que una buena alianza terapéutica produce disminución de la depresión, ansiedad y malestar psicológico en pacientes con trastornos relacionados con traumas, sobre todo en aquellos que han sufrido algún tipo de abuso y negligencia infantil (Paivio *et al.*, 2010). También disminuye el malestar psicológico en pacientes con algún tipo de fobia (Ferreira, & Janeiro, 2022). De forma complementaria, una débil alianza terapéutica se ha relacionado con un aumento del malestar subjetivo a lo largo de las sesiones, sobre todo en los pacientes que presentan niveles más altos de experiencia emocional (Ferreira, & Janeiro, 2022). Por último, respecto al *feedback*, los hallazgos demuestran que un buen uso del mismo disminuye la depresión y ansiedad sobre todo en los pacientes que presentan riesgo de deterioro o abandono de la terapia (Mueller *et al.*, 2018), y disminuye la depresión y malestar psicológico principalmente cuando el *feedback* se proporciona de forma presencial (Montagu *et al.*, 2017). De la misma forma, es importante indicar que la obtención de *feedback* aumenta la alianza terapéutica, ayudando a una mejor adaptación del clínico a las necesidades del paciente en terapia (Esmiol-Wilson *et al.*, 2017).

A continuación, se exponen una serie de hallazgos encontrados respecto a la relación terapéutica, la alianza y el *feedback*, relativos a la importancia de las habilidades del terapeuta en la psicoterapia en general y en problemas complejos en particular. En primer lugar, los estudios confirman que las habilidades de los terapeutas son especialmente importantes para el establecimiento de una buena relación terapéutica con personas de tercera edad (Mace *et al.*, 2017). Estos hallazgos son consistentes con estudios previos, que muestran que cuando los clínicos presentan niveles más altos en comprensión y aceptación, y los pacientes son también más comprensivos, se produce una disminución de la depresión en ancianos con y sin disfunciones ejecutivas (Cooley y Lajoy, 1980; Gaston *et al.*, 1991; Lorr, 1965). Respecto a los adolescentes, los hallazgos demuestran que el establecimiento de una relación terapéutica de colaboración, en la que el clínico es percibido como genuino, proporciona una sensación de seguridad que facilita a

los jóvenes participar en las sesiones (Herring *et al.*, 2022). Por otra parte, resultan muy interesantes los resultados del estudio de Tanzill *et al.* (2018), que muestran que las reacciones emocionales negativas de los terapeutas como rabia e irritación, impotencia, desesperanza, sensación de ser criticados, no apreciados o devaluados por los pacientes, percepción de ineficacia en el tratamiento y falta de intimidad, dificultan el establecimiento de una buena relación terapéutica. Estos hallazgos pueden apreciarse como complementarios con los obtenidos en el estudio de Esmiol-Wilson *et al.* (2017), que muestran que tanto la autoevaluación como la autoconciencia son habilidades importantes que los terapeutas necesitan aprender durante su formación práctica para el uso del *feedback*.

Centrándonos específicamente en los problemas complejos, los estudios muestran que el establecimiento de una buena relación terapéutica es de vital importancia en los trastornos de la alimentación, como el trastorno por atracón y bulimia nerviosa (Traviss *et al.*, 2013). La investigación de Paivio *et al.* (2010) también muestra que el establecimiento de una buena alianza terapéutica es clave en los trastornos por estrés postraumático, siendo especialmente relevante la respuesta empática del terapeuta hacia los sentimientos y significados que presentan los pacientes respecto al trauma. Además, este estudio destaca la eficacia de la Terapia centrada en la emoción para el trauma (EFTT) (Paivio y Pascual-Leone, 2010), en la cual una de sus fases de tratamiento es, precisamente, “cultivar la alianza”. Los resultados hallados muestran que, los pacientes presentaban alianzas sólidas y con altos niveles de compromiso en las dos versiones de la EFTT: confrontación en imaginación y exposición empática del material traumático. Por otra parte, los resultados de la investigación de Ferreira y Janeiro (2022) muestran que la alianza terapéutica y la experiencia emocional también son vitales en las terapias psicodinámicas dirigidas a problemas afectivos, como es la *Affect Phobia Therapy*. En concreto, los resultados indicaban que el efecto de la experiencia emocional dependía de los niveles de alianza terapéutica.

Por último, son destacables los hallazgos de los estudios que mostraron que, a pesar de que las terapias *online* en salud mental se suelen asociar a un escaso contacto entre el clínico y el paciente, la relación terapéutica que se establece en ellas ofrece buenos resultados, apuntando a una eficacia similar a la que ofrecen las terapias psicológicas tradicionales (Cavanagh, 2013). Este autor señala, además, que se establece un “triángulo de alianza” entre el paciente, el programa de salud mental *online* y el terapeuta. Esto se ha visto especialmente útil para los servicios breves y para los jóvenes, sobre todo adolescentes, ya que suelen ir obligados por los adultos, presentando

resistencia y desconfianza a la hora de comprometerse en el proceso terapéutico y, sobre todo, para aquellos que presentan algún tipo de trauma (Paivio *et al.*, 2010). Por otra parte, según los hallazgos encontrados por Mills (2021), las personas con acceso a la atención *online* formaron un fuerte vínculo y sentido de aquiescencia con los objetivos. Una buena alianza se asoció con mejoras en el bienestar subjetivo, en la recuperación clínica y en los síntomas depresivos de los participantes que comenzaron la atención con síntomas depresivos elevados. Todo ello proporciona pruebas de que un vínculo positivo y la alineación de objetivos con un terapeuta son dos de los muchos factores que influyen en los resultados de la atención *online*. Por último, los hallazgos encontrados en los dos estudios de casos de Montagu *et al.* (2017) destacan dos modalidades diferentes del mismo programa (Williams, 2012), presencial y telefónica, a la hora de dar y recibir *feedback*, con diferentes resultados. Así, en el caso presencial, la respuesta del paciente al programa redujo la depresión y malestar psicológico y mejoró la calidad de vida. En el caso telefónico, el paciente que comenzó con síntomas graves experimentó un empeoramiento durante el programa de autoayuda guiada, apoyando la idea de que este tipo de modalidad no es útil para personas que presentan enfermedades graves como esquizofrenia o psicosis, entre otras. El estudio de Hovland *et al.* (2020) muestra que la terapia *online* también es difícil para personas mayores que presentan analfabetismo digital y para los que la ayuda se ofrece en una lengua diferente a la materna.

En relación a las limitaciones de la presente revisión sistemática, destaca que existen pocos artículos empíricos recientes que aborden la relación terapéutica, alianza o *feedback* y que, por tanto, cumplan los criterios de inclusión establecidos. Así, la mayoría de artículos encontrados fueron principalmente teóricos. A pesar de los escasos estudios, en base a los hallazgos obtenidos se puede concluir que la relación terapéutica, la alianza y el *feedback* potencian y/o mejoran los resultados de la psicoterapia, abarcando todo tipo de población, desde la infancia hasta la edad adulta, produciendo beneficios en problemas psicológicos de diversa índole, desde los más comunes, como son la depresión, ansiedad y malestar psicológico, hasta los más complejos, como los trastornos de alimentación y trastornos por estrés postraumático. Por otra parte, los resultados apoyan la importancia de las habilidades terapéuticas que contribuyen a una mejor relación y alianza terapéutica, así como a una forma eficaz de proporcionar *feedback* en psicoterapia, y especialmente en problemas complejos. En último lugar, resalta el valor de estas variables en el contexto de la terapia *online* para producir unos buenos resultados en psicoterapia.

A partir de esta revisión, y con base en los resultados obtenidos, se podrían realizar una serie de recomendaciones para investigaciones futuras. Primero, realizar más estudios de tipo longitudinal, lo que permitiría identificar los efectos que producen la relación terapéutica, la alianza y *feedback* a lo largo del tiempo. Segundo, ampliar las muestras, incluyendo la etapa infantil. Tercero, también sería interesante investigar sobre el efecto de otras variables relevantes que podrían actuar como mediadoras o moderadoras de los resultados de la terapia, como por ejemplo los síntomas previos al tratamiento y las características de personalidad del paciente. Cuarto, se debería también profundizar en la evaluación de la relación terapéutica al inicio, durante y al final del tratamiento, y no solamente al inicio y al final, como suele hacerse, ya que permitiría explorar la relación terapéutica como posible mediadora del resultado del tratamiento (Crits-Christoph *et al.*, 2011). Por último, también serían aconsejable más investigaciones acerca de la relación terapéutica, alianza y *feedback* en terapia *online* y aplicarlo a otras poblaciones como pacientes con enfermedad mental grave, a pacientes de avanzada edad y a los que hablen otra lengua materna. Esto permitiría crear diferentes formatos adaptados a las diferentes necesidades de los pacientes.

Referencias

- Albertín Carbó, P. (2007). La formación reflexiva como competencia profesional. Condiciones psicosociales para una práctica reflexiva. El diario de campo como herramienta. *Revista de Enseñanza Universitaria*, 30, 7-18.
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511-529.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of clinical psychology*, 65(7), 755-768.
- 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), 693-704.

- Areán, P. A., Raue, P., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Alexopoulos, G. S. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American journal of psychiatry*, *167*(11), 1391-1398.
- Åsberg, M., Montgomery, S. A., Perris, C., Schalling, D., & Sedvall, G. (1978). A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, *57*(S271), 5-27.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2011). Técnicas de exposición.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability.
- Barkham, M., Stiles, W. B., Connell, J., & Mellor-Clark, J. (2012). Psychological treatment outcomes in routine NHS services: What do we mean by treatment effectiveness?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *85*(1), 1-16.
- Battle, C. C., Imber, S. D., Hoehn-Saric, R., Stone, A. R., Nash, E. R., & Frank, J. D. (1966). Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, *20*(1), 184-192.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)* (Vol. 10, No. 3). London, UK: Pearson.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1998). Childhood trauma questionnaire. *Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners*.
- Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, *162*(5), 890-898.
- Bird, H. R., Shaffer, D., Fisher, P., & Gould, M. S. (1993). The Columbia Impairment Scale (CIS): pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.
- Carpena, A. (2016). *La empatía es posible*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Celedonia, K. L., Valenti, M., Strickler, A., & Wall-Parker, A. (2021). The Effects of Real Time Client Feedback Using a Mobile App. *Journal of Child and Family Studies*, *30*(11), 2833-2844.
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, *23*(4), 318–327.

- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance–outcome correlation is larger than you might think. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(3), 267.
- Cruzado, J. A. (1995). Técnicas de modelado. *Manual de técnicas de Modificación de terapia de conducta. Madrid: Pirámide.*
- Cuenya, L., Fosachea, S., Mustaca, A., & Kamenetzky, G. (2011). Efectos del aislamiento en la adultez sobre el dolor y la frustración. *Psicológica, 32*(1), 49-63.
- Cummings, A. L., Martin, J., Hallberg, E., & Slemon, A. (1992). Memory for therapeutic events, session effectiveness, and working alliance in short-term counseling. *Journal of Counseling Psychology, 39*(3), 306.
- Duncan, B. L. (2010). On becoming a better therapist. Washington, D.C: American Psychological Association.
- 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.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology bulletin.*
- Esmiol-Wilson, E., Partridge, R., Brandon, M., Kollar, S., & Benning-Cho, S. (2017). From resistance to buy-in: Experiences of clinicians in training using feedback-informed treatment. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 16*(1), 20-41.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire. *Cognitive behavior therapy and eating disorders, 309*, 313.
- Ferreira, L. I., & Janeiro, L. (2022). Treating affect phobias: Therapeutic alliance as a moderator of the emotional experience effect on outcomes. *International journal of psychology and psychological therapy, 22*(1), 65-75.
- Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Peri, T. (2016). Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy. *Psychotherapy, 53*(1), 105.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316.

- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 6*(4), 459-473.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research, 12*(3), 189-198.
- Frank JD, Frank JB (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*, 3rd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frazier, M. L., Johnson, P. D., & Fainshmidt, S. (2013). Development and validation of a propensity to trust scale. *Journal of Trust Research, 3*(2), 76-97.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons Inc.
- Gimeno-Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. *Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide*.
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A., & Prado-Abril, J. (2018). Routine outcome monitoring and feedback in psychotherapy. *Papeles del Psicólogo, 39*(3), 174-182.
- Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Inchausti, F., Barrio-Nespereira, A., Álvarez-Casariago, M. T., & Duncan, B. L. (2019). Systematic Client Feedback: A naturalistic pilot study. *Ansiedad y Estrés, 25*(2), 132-137.
- Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., ... Fonagy, P. (2017). Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): A multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry, 4*, 109–119.
- Goodyer, I. M., Tsancheva, S., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., Kelvin, R., ... Fonagy, P. (2011). Improving mood with psychoanalytic and cognitive therapies (IMPACT): A pragmatic effectiveness superiority trial to investigate whether specialised psychological treatment reduces the risk for relapse in adolescents with moderate to severe unipolar depression: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials, 12*(1), 175.

- Graser, J., Bohn, C., Kelava, A., Schreiber, F., Hofmann, S. G., & Stangier, U. (2012). Der Affective Style Questionnaire (ASQ)": Deutsche Adaption und Validitäten. *Diagnostica*, 58(2), 100.
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Guilford Press.
- Gunderson, J. G., & Ridolfi, M. E. (2001). Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 61-77.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56.
- Hardtke, K. K., & Angus, L. E. (2004). The narrative assessment interview: Assessing self-change in psychotherapy. *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research*, 247-262.
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy research*, 16(1), 12-25.
- Herring, G. T., Loades, M. E., Higson-Sweeney, N., Hards, E., Reynolds, S., & Midgley, N. (2022). The experience of cognitive behavioural therapy in depressed adolescents who are fatigued. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(1), 234-255.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 885.
- Horvath, A. O. (1981). An exploratory study of the concept of therapeutic alliance and its measurement. *Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, Canada*.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), 223.
- Hovland, R. T., & Moltu, C. (2020). The challenges of making clinical feedback in psychotherapy benefit all users: A qualitative study. *Nordic Psychology*, 72(3), 248-262.
- Hyler, S. E. (1994). Personality diagnostic questionnaire-4. *New York: New York State Psychiatric Institute*.
- Kleinke, C. L. (1994). *Common principles of psychotherapy*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129).
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy*, 52(4), 381.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 3(4), 249-258.
- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire-45.
- Lorr, M. (1965). Client perceptions of therapists: A study of the therapeutic relation. *Journal of Consulting Psychology*, 29(2), 146.
- Lutz W, Tholen S, Schürch E, Berking M. (2006). The development, validity and reliability of short forms of common psychometric instruments for the evaluation of therapeutic progress in psychotherapy and psychiatry. *Diagnostica*. 52:11-25.
- Mace, R. A., Gansler, D. A., Suvak, M. K., Gabris, C. M., Areán, P. A., Raue, P. J., & Alexopoulos, G. S. (2017). Therapeutic relationship in the treatment of geriatric depression with executive dysfunction. *Journal of affective disorders*, 214, 130-137.
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Cmaj*, 184(3), E191-E196.
- Markin, R. D., McCarthy, K. S., Fuhrmann, A., Yeung, D., & Gleiser, K. A. (2018). The process of change in accelerated experiential dynamic psychotherapy (AEDP): A case study analysis. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(2), 213.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5-22.

- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R. & Brown, G. S. (2005) The partners for change outcome management system. *J Clinical Psychology*, 61(2), 199–208.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow.
- Mills, J. (2021). Psychotherapy progress and outcome monitoring in the real world of private practice. *Psychotherapy and Politics International*, 19(1), e1550.
- Montagu, A. P., & Williams, M. W. M. (2017). Regular outcome monitoring in a Low Intensity-Cognitive Behavioural Intervention: A case study approach. *New Zealand Journal of Psychology (Online)*, 46(2), 44.
- Naranjo, C. R. (2000). *De los principios de la psicología a la práctica clínica*. Pirámide.
- Norcross J. C., Lambert M.J., (2019). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799.
- Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115-133.
- Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2010). *Experiencing*. American Psychological Association.
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I., & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy research*, 20(3), 353-366.
- Pallagrosi M., Fonzi L., Picardi A., Biondi M., (2014). Assessing clinician's subjective experience during interaction with patients. *Psychopathology*, 47(2), 111–118.
- Paz, C., & Evans, C. (2019). The Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 27(2), 226-230.
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57.
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F., & Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: El ciclo de la excelencia. *Papeles del psicólogo*, 40(2), 89-100.

- Ques, Á. A. M., & Dinamarca, A. D. P. P. (2008). La transformación de la evidencia: una catarsis efectiva para la Seguridad del paciente. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 5(23), 1.
- Ramos, M. A. F. (2008). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Working Alliance Inventory-short revised* (Doctoral dissertation).
- Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). Cognitive-Behavior Therapy. *The working alliance: Theory, research, and practice*, 173, 131
- Reese, R. J., Duncan, B. L., Bohanske, R. T., Owen, J. J., & Minami, T. (2014). Bench-marking outcomes in a public behavioral health setting: Feedback as a quality improvement strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 731–742.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training*, 46, 418–431.
- Rodríguez-Morejón, A. (2016). El cliente en psicoterapia: contribución al resultado terapéutico. *Anales de Psicología*, 32, 1-8.
- Roger, R., & Neilson, D. G. (1961). The Chemistry of Imidates. *Chemical Reviews*, 61(2), 179-211.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy: Measures package*, 61(52), 18.
- Roubal, J., Rihacek, T., Cevliceck, M., Hytych, R., & Holub, D. (2018). RETROSPECTIVE CLIENT INTERVIEWING CAN INFORM CLINICIANS' PRACTICE AND COMPLEMENT ROUTINE OUTCOME MONITORING/LAS ENTREVISTAS RETROSPECTIVAS A LOS CLIENTES PUEDEN INFORMAR ACERCA DE LA PRÁCTICA DE LOS CLÍNICOS Y COMPLEMENTAR EL MONITOREO DE RUTINA DE LOS RESULTADOS. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 27(II), 294.
- Safran J. D., Muran J.C., (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of clinical psychology*, 56(2), 233-243.

- Sandell, R. (2015). Change After Psychotherapy (CHAP): un metodo di valutazione del cambiamento alla fine della psicoterapia. *Change After Psychotherapy (CHAP): un metodo di valutazione del cambiamento alla fine della psicoterapia*, 595-628.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1970). E.(1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*.
- Tanzilli, A., Majorana, M., Fonzi, L., Pallagrosi, M., Picardi, A., de'Fornari, M. A. C., ... & Lingiardi, V. (2018). Relational variables in short-term psychodynamic psychotherapy: an effectiveness study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 21(3).
- Tilsen, J., & McNamee, S. (2015). Feedback informed treatment: Evidence-based practice meets social construction. *Family process*, 54(1), 124-137.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A journal of consulting and clinical psychology*, 1(3), 207.
- Traviss, G. D., Heywood-Everett, S., & Hill, A. J. (2013). Understanding the ‘guide’ in guided self-help for disordered eating: A qualitative process study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(1), 86-104.
- Wampold, B. E. (2001). The Great Psychotherapy Debate: Models. *Methods, and Findings*, 62.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.

Anexo 1

Revista *Behavioral Psychology*/Psicología Conductual (Revista Internacional de la Psicología Clínica y de la Salud).

Página web: <https://www.behavioralpsycho.com/normas-de-publicacion/>

Formato

- 1) Extensión máxima del artículo: 30 páginas.
- 2) Interlineado 1/5.
- 3) Tipo de letra: 12 (de preferencia *Times New Roman*).
- 4) Resumen inicial en español e inglés, con una extensión máxima de 150 y 175 palabras.
- 5) Normas de publicación: normas Manual de publicación de la Asociación Psicológica Americana (APA) edición 7^o (2020), adaptada al español.

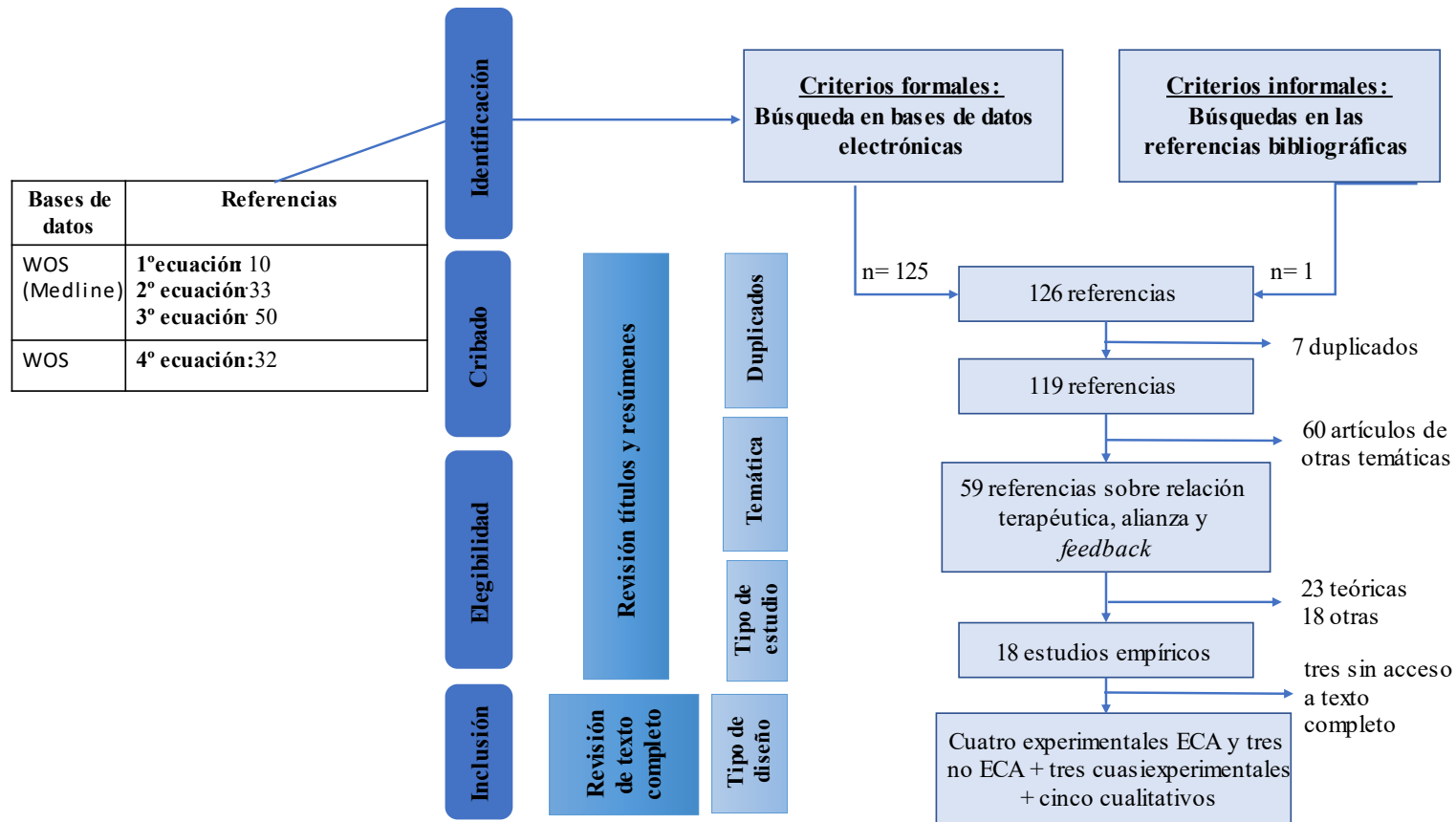
Estructura del manuscrito

- 1) Primera página: título (en español e inglés), nombre de los autores, la institución u organismo, entre otros.
- 2) Segunda página: resumen y palabras claves (en español).
- 3) Tercera página: resumen y palabras claves (en inglés).
- 4) Cuarta página: título del artículo (sin el nombre de los autores).
- 5) Orden: Introducción, Método, Resultados, Discusión y Referencias. Apéndice (si los hay). Las figuras y tablas irán al final.
- 6) El tamaño de las páginas será DIN-A4 e irán enumeradas consecutivamente.

Figuras

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos



Tablas

Tabla 2

Tabla resumen de los artículos que analizan la eficacia de la relación terapéutica

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Traviss <i>et al.</i> (2013)	N= 81 Edad promedio: 44,7	<p>Ensayo controlado aleatorizado (ECA).</p> <p>Inclusión: diagnóstico de trastorno de alimentación DSM (trastorno por atracón, bulimia nerviosa y anorexia nerviosa: subtipo purgante y no purgante).</p> <p>No se informa sobre los criterios de exclusión.</p>	<p>Terapia: “trabajar para superar las dificultades alimentarias” elaborado por los autores Traviss <i>et al.</i> (2013): “Autoayuda basada en la evidencia: bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (TCA o trastorno de conducta alimentaria)” (NICE 2004; American Psychiatric Association 2006).</p> <p>Relación terapéutica: Los programas de entrevistas (semiestructuradas individuales) se basaron en 10 preguntas para explorar tres áreas principales: el papel del guía, la relación cliente-guía y el paquete GSH. Las</p>	Aplicación de la terapia “trabajar para superar las dificultades alimentarias” (Traviss <i>et al.</i> ; en prensa) en comparación con un grupo control.	<p>La percepción de los resultados se basa en el juicio subjetivo de los pacientes.</p> <p>Relación terapéutica en clientes con resultados positivos: se beneficiaron de la intervención, teniendo resultados positivos (reducción de hostilidad, comportamiento sumiso y aumento de adherencia al tratamiento), describieron la relación terapéutica como “fuerte, abierta y colaborativa” y que “se</p>	Hubo pacientes que abandonaron la terapia, aunque no específica el número exacto en el estudio, los cuales referían que la terapia se estableció de forma débil y se “deterioró” a lo largo del proceso, sin un establecimiento de “relación terapéutica”.

preguntas basadas en la relación terapéutica se desarrollaron para explorar las tres etapas de la relación (establecimiento, desarrollo y mantenimiento).

Trastornos alimentarios:
S-EDE-Q.

Percepción subjetiva de los resultados por parte de los clientes
(mejoría/empeoramiento).

desarrolló" durante el tratamiento.

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Mace <i>et al.</i> (2017)	N= 220 Edad promedio: 73	<p>Ensayo controlado aleatorizado (ECA).</p> <p>Inclusión: edad mínima de 60 años; un diagnóstico DSM-IV de trastorno depresivo mayor; una puntuación en MMSE \geq 24; una puntuación $<$ 33 en la subescala de iniciación/perseveración de la Escala de Calificación de la Demencia de Mattis (Mattis, 1988); una puntuación $<$ 25 en el Test de Palabras en Color de <i>Stroop</i> (Perret, 1974).</p> <p>Exclusión: enfermedad grave; toma fármacos que aumentan el riesgo de depresión; requiere asistencia en las actividades de la vida</p>	<p><u>Relación terapéutica (TR):</u> (dimensiones de <i>Comprensión y aceptación</i>).</p> <p>-El modelado de la curva de crecimiento multinivel (versión 7.01; Raudenbush <i>et al.</i>, 2013)</p> <p>-Cambio latente.</p> <p><u>Percepción del cliente sobre el terapeuta CPTS</u> (dos dimensiones): <i>comprensión y aceptación</i>.</p> <p><u>Depresión:</u> HRSD</p>	<p>Tratamiento de la depresión geriátrica con disfunción ejecutiva.</p> <p>Terapia de resolución de problemas (PST) o terapia de apoyo (ST) para el tratamiento de la depresión en pacientes geriátricos con disfunción ejecutiva (12 sesiones individuales de PST o ST durante 12 semanas) en comparación con un grupo control.</p>	<p>La TR predijo la reducción de la depresión en ambos grupos de tratamiento.</p> <p>La influencia de la TR se vio afectada por los niveles de contribución del paciente y terapeuta.</p> <p>Mayor TR (<i>Comprensión y Aceptación</i>) permite mayores disminuciones de la depresión. Los pacientes tratados por terapeutas con calificaciones promedio más altas en <i>Comprensión</i> (nivel del paciente y terapeuta) y <i>Aceptación</i> (nivel del terapeuta) tuvieron mejores efectos en la depresión.</p> <p><i>Comprender y aceptar</i> predijo el 21% de la</p>	No informan sobre bajas en el estudio.

diaria; recibe
intervención
psicológica o
farmacológica para la
depresión (fuera del
estudio); ideación
suicida; si diagnóstico
del Eje I del DSM-IV
abuso de sustancias;
diagnóstico de
demencia DSM-IV;
historial de traumatismo
craneal.

varianza de los cambios en
el nivel de depresión.

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Herring <i>et al.</i> (2022)	N= 18 Edad promedio: 15,5	Estudio cualitativo. Inclusión: adolescentes fatigados con TDM (trastorno depresivo mayor), que alcanzaron el umbral clínico de fatiga en la evaluación diagnóstica antes de comenzar el tratamiento. No se informan sobre los criterios de exclusión.	Entrevistas semiestructuradas después de la terapia: "experiencia de la terapia" (Midgley <i>et al.</i> , 2011).	Terapia cognitivo-conductual (TCC) aplicada a los adolescentes fatigados con TDM. Este estudio utilizó datos existentes de un ensayo de control aleatorio: el estudio IMPACT.	El establecimiento de una relación terapéutica de colaboración, en la que el terapeuta era percibido como genuino, proporcionaba una sensación de seguridad que facilitaba a los adolescentes participar en las sesiones. Cuando el terapeuta no era percibido como genuino, los adolescentes parecían encontrar la TCC menos útil. El enfoque estructurado de la terapia, combinado con la flexibilidad, se consideró útil. Los adolescentes que percibían manejable el ritmo de las sesiones y alcanzables los objetivos terapéuticos, parecían encontrar la TCC útil en general.	No informan sobre bajas en el estudio.

Se desarrollaron tres temas y siete subtemas para abarcar las narrativas más destacadas de las experiencias de los adolescentes con la TCC.

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Tanzilli <i>et al.</i> (2018)	N=52 Edad promedio: 39,45	Cuasi-experimental. Inclusión: mayores de 18 años; sin trastorno psicótico ni síndrome con síntomas psicóticos; y sin retraso mental ni deterioro cognitivo clínicamente relevante. No se informan sobre los criterios de exclusión.	<p><u>-Gravedad de los síntomas de los pacientes:</u> La Escala de Calificación Psicopatológica Integral (CPRS), aplicada al principio y al final del STPP.</p> <p><u>-Experiencias subjetivas de los pacientes:</u> Evaluación de la Experiencia Subjetiva de los Clínicos (ACSE), aplicada en la primera entrevista clínica.</p> <p><u>-Reacciones de contratransferencia:</u> Cuestionario de Respuesta del Terapeuta (TRQ), aplicada en la sexta sesión de terapia.</p> <p><u>- Alianza terapéutica:</u> El Inventario de Alianza de Trabajo-Versión para Terapeutas (WAI-T), aplicada en la sexta sesión de la terapia.</p>	<p>Psicoterapia psicodinámica a corto plazo (STPP).</p> <p>Los tratamientos individuales se llevaron a cabo en sesiones semanales durante 6 meses y se basaron en técnicas específicas (Blagys y Hilsenroth, 2000).</p> <p>Los clínicos recibieron supervisión semanal sobre sus intervenciones clínicas por parte de un psicoterapeuta psicodinámico experto durante un</p>	<p>Los resultados mostraron que las escalas del TRQ y del ACSE se relacionaban de forma coherente, con la excepción del patrón de impotencia/inadecuación del TRQ y la impotencia del ACSE. Los patrones de contratransferencia del TRQ y las dimensiones del ACSE (más fuertes y negativas) se asociaron significativamente con una menor calidad de la alianza terapéutica.</p> <p>Los mejores resultados del STPP se asociaron positivamente con una buena alianza terapéutica, se relacionaron negativamente con una mayor dificultad de sintonía al inicio de la evaluación clínica y con respuestas más fuertes de impotencia, frustración y</p>	No informan sobre bajas en el estudio.

mínimo de 2 horas
cada semana.

desentendimiento de los
terapeutas durante la
terapia.

Nota: ACSE= Assessment of clinicians' subjective experience (Pallagrosi *et al.*, 2014); CPRS= The Comprehensive Psychopathological Rating Scale (Äsberg *et al.*, 1978); CPTS= Client Perception of Therapist Scale (Lorr, 1965); GSH= Guided self-help (for disordered eating); HRSD= Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960); IMPACT= Improving mood with psychoanalytic and cognitive therapies (Goodyer *et al.*, 2011, 2017); MMSE= Mini-Mental State Examination (Marshal F. Folstein, 1975); PST= problem-solving therapy (Areán *et al.*, 2010); S-EDE-Q= Eating Disorder Examination Questionnaire (Fairburn y Cooper, 1993); ST= supportive therapy; STPP= Short-term psychodynamic psychotherapy; TRQ=Therapist Response Questionnaire (Betan *et al.*, 2005); WAI-T=The Working Alliance Inventory–Therapist version (Horvath, 1981; Horvath y Greenberg, 1986, 1989).

Tabla 3

Tabla resumen de los artículos que analizan la eficacia de la alianza terapéutica

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Celedonia <i>et al.</i> (2021)	N= 243 Rango de edad: 8-21	<p>Ensayo controlado aleatorizado (ECA) longitudinal.</p> <p><u>Inclusión:</u> Pacientes que recibieron los servicios de los programas aplicados en los centros (organización de salud conductual).</p> <p><u>Exclusión:</u> coeficiente intelectual inferior al nivel normal (70 o menos).</p>	<p>Terapia médica conductual (Salud Mental): tratamiento App ABLE.</p> <p><u>Confianza:</u> PTS</p> <p><u>Alianza:</u> WAI-SF</p> <p><u>Bienestar:</u> WHO-5</p> <p><u>Deterioro:</u> CIS</p>	<p>Utilización de la APP ABLE, en tres puntos de tiempo (línea base, 3 meses y 6 meses) en comparación con un grupo control.</p>	<p>El uso de ABLE tuvo un efecto significativo, a los seis meses, en el aumento de las puntuaciones de la alianza de trabajo en comparación con el grupo control.</p> <p>No se produjeron cambios significativos en bienestar y deterioro a corto plazo, pero sí a largo plazo.</p> <p>No hubo un efecto significativo del uso de ABLE en las puntuaciones de propensión a la confianza en los tres momentos en comparación con el grupo control.</p>	<p>No informan sobre bajas en el estudio.</p>

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Paivio <i>et al.</i> (2010)	N= 45 Edad promedio: 40	<p data-bbox="483 408 797 957">Experimental. Inclusión: en base a los criterios aceptados para la terapia orientada al <i>insight</i> (Beutler y Clarkin, 1990). Estos son la motivación, capacidad para establecer una relación terapéutica y capacidad de centrarse en un tema circunscrito, en este caso, el abuso infantil pasado.</p> <p data-bbox="483 1002 797 1362">Exclusión: (DSM-IV) psicosis, bipolar I, trastornos alimentarios, trauma/crisis, incluida la violencia doméstica; abuso de sustancias, con abstinencia de menos de 6 meses; sin recuerdos de abuso en la infancia; intención de</p>	<p data-bbox="824 408 1256 893">Pre-intervención: -Entrevista telefónica estructurada de 30 minutos, seguida de una entrevista de selección semiestructurada de 90 minutos. -Entrevista de gravedad de los síntomas del TEPT (Foa <i>et al.</i>, 1993). -Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ). -Cuestionario de Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-4).</p> <p data-bbox="824 938 1256 1327">Medidas dependientes (pre y post): <u>Síntomas de intrusión y evitación:</u> IES <u>Ansiedad:</u> STAI <u>Depresión:</u> BDI-II <u>Malestar:</u> TCD</p>	<p data-bbox="1290 408 1536 842">Terapia centrada en la emoción para trauma (EFTT, Paivio & Pascual-Leone, 2010): tratamiento basado la evidencia, a corto plazo, para el abuso y la negligencia infantil.</p> <p data-bbox="1290 887 1536 1299">Aplicación de dos versiones de la EFTT: -La EFTT con confrontación en imaginación (CI). -La EFTT con la exposición empática (EE) del material traumático.</p>	<p data-bbox="1559 408 1906 1034">En las dos condiciones de tratamiento (EFTT-CI y EFTT-EE) se informó de: -Una tasa de mejoría en todas las medidas dependientes. -Los clientes informaron, en ambas condiciones, de alianzas fuertes y altos niveles de compromiso emocional durante los diferentes procedimientos de reexperimentación. -Los terapeutas lograron altos niveles de adherencia a los principios generales de intervención de EFT.</p>	<p data-bbox="1939 408 2208 734">Hubo ocho abandonos durante el tratamiento, que indicaron niveles más bajos de alianza terapéutica y de compromiso emocional con el material del trauma.</p>

<p>suicidio o conductas autolesivas; y una Evaluación Global del Funcionamiento (American Psychiatric Association, 1994) inferior a 50.</p> <p>A los individuos que querían centrarse en los problemas interpersonales actuales y no en el abuso/abandono; a los menores de 18 años; a los que participaban en un tratamiento psicosocial alternativo o estaban tomando medicación psicotrópica que no estaba estabilizada (es decir, cambio de dosis en los últimos 2 meses).</p>	<p><u>Autoestima:</u> RSE</p> <p><u>Problemas interpersonales:</u> IIP</p> <p><u>Preocupación por los sentimientos negativos:</u> RS</p> <p>Medidas de procesos: <u>Alianza terapéutica:</u> WAI</p> <p><u>Compromiso emocional con el material del trauma:</u> PSQ</p> <p><u>Adherencia del terapeuta</u> (a los principios de intervención de EFT): ADH</p> <p>Reducción de síntomas en trastornos relacionados con trauma. Establecimiento de alianza terapéutica.</p>	<p>La terapia consiste en 16 a 20 sesiones semanales de una hora.</p>
--	---	---

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Markin <i>et al.</i> (2018)	No se informa de la muestra ni de las edades.	<p>Diseño de estudio multicaso de métodos mixtos (cómo se desarrolla el proceso de cambio en un caso "exitoso" y "no exitoso" de AEDP).</p> <p>No se informa sobre los criterios de inclusión y exclusión.</p>	<p>Afecto y apego inseguro.</p> <p>OQ- 30. 2; IEQ</p> <p><u>Variables de relación terapéutica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Alianza: WAI. -Relación real. -Apego del paciente al terapeuta. 	<p>Psicoterapia dinámica experiencial acelerada (AEDP).</p>	<p>Las observaciones clínicas de este estudio son consistentes con la teoría del cambio de AEDP, que predice que el alivio de los síntomas va acompañado de cambios en el afecto y apego inseguro, y que estos cambios ocurren dentro de una relación terapéutica sólida que es real, colaborativa y segura.</p>	<p>No informan sobre bajas en el estudio.</p>

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Ferreira y Janeiro (2022)	N= 26 Edad promedio: 25	Experimental. Inclusión: adultos con edades entre 18-41 con síntomas depresivos y/o de ansiedad que recibían una psicoterapia psicodinámica en un centro de asesoramiento universitario. No se informa de los criterios de exclusión.	<u>-Alianza terapéutica:</u> WAI-SR. <u>-Experiencia emocional:</u> EE-SR <u>-Bienestar subjetivo y malestar subjetivo:</u> OQ-10	<i>Affect Phobia Therapy.</i> Los procesos psicoterapéuticos tuvieron una duración media de 14,50 sesiones de una hora a la semana. Después de cada sesión los clientes completaron el EE-SR, el WAI-SR y el OQ-10. Dos horas de supervisión grupal una vez a la semana.	Los resultados indicaron que el efecto de la experiencia emocional en los resultados depende de los niveles de alianza terapéutica. En los clientes con baja alianza terapéutica, los niveles más altos de experiencia emocional contribuyeron a una disminución del bienestar psicológico y a un aumento del malestar subjetivo a lo largo de las sesiones. En los clientes con niveles más altos de alianza, ambos resultados disminuyeron significativamente entre las sesiones, independientemente del efecto de la experiencia emocional. Los resultados destacan que es importante considerar que la exposición a las emociones adaptativas	No informan sobre bajas en el estudio.

puede tener efectos
adversos cuando no se
establece una alianza
fuerte.

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Mills (2021)	N=3087 Edad promedio: 35,53	Experimental. Inclusión: los participantes elegibles tenían 18 años o más; recibían prestaciones de salud mental patrocinadas por el empleador; tenían acceso a un teléfono inteligente, una tableta o un ordenador; completaron una evaluación de referencia sobre el bienestar antes de la primera sesión; completaron una evaluación de seguimiento después de su última sesión al menos 7 días después de su evaluación de referencia; completaron al menos una sesión con un proveedor durante el	- <u>Alianza terapéutica:</u> (WAI), aplicada después de cada sesión. - <u>Bienestar subjetivo y síntomas depresivos:</u> WHO-5, aplicado al principio y al final del periodo de estudio.	Servicios digitales de salud mental, navegador web o dispositivo móvil, durante la pandemia COVID-19. <u>Mediante plataforma de videoconferencias:</u> - <u>Teleterapia:</u> Terapia cognitivo-conductual, Terapia de atención y compromiso y Terapia conductual dialéctica. Las sesiones solían durar 50 minutos. - <u>Telecoaching.</u> Las sesiones solían durar 30 minutos.	Las personas con acceso a la atención por videoconferencia, a través de una prestación digital de salud mental, formaron un fuerte vínculo y sentido de aquiescencia con los objetivos, tanto con los terapeutas como con los entrenadores. Los componentes más altos de las puntuaciones de la alianza se asociaron con mejoras en el bienestar subjetivo, en la recuperación clínica y en los síntomas depresivos, entre los participantes que comenzaron la atención con síntomas depresivos elevados. También se obtuvo una puntuación más alta de alianza terapéutica en los participantes que	No informan sobre bajas en el estudio.

de estudio; y proporcionaron al menos una valoración de los componentes de la alianza terapéutica para su(s) proveedor(es).

No se informa de los criterios de exclusión.

Clasificación de la atención: (1) sólo teleterapia (al menos una sesión), (2) sólo telecoaching (al menos una sesión), o (3) tanto teleterapia como telecoaching (al menos una sesión de cada tipo de atención). El total de sesiones fue el número total de sesiones de teleterapia y/o sesiones de teleterapia y/o telecoaching que el participante completó durante el periodo de estudio

utilizaron el *telecoaching* a diferencia de los que usaron la teleterapia o el *telecoaching* más la teleterapia, aunque el tamaño de los efectos no fue significativo.

Nota: ABL= App Alliance Building: Learning to Engage; ADH= Therapist adherence and competence (Paivio y Nieuwenhuis, 2001); AEDP= Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy; BDI-II=Beck Depression Inventory-II (Beck, Brown, y Steer, 1996); CCI= Client Change Interview (Elliott y Rodgers, 2008); CHAP= Change After Psychotherapy (Sandell, 2015); CIS= The Columbia Impairment Scale (Bird *et al.*, 1993); CORE-OM= Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (Paz *et al.*, 2019); CTQ= Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998); EE-SR=Emotional Experience SelfReport (Fisher *et al.*, 2016); EFTT= Emotion-Focused Therapy for complex Trauma;

IEQ= Important Events Questionnaire (Cummings *et al.*, 1992); IES= Impact of Event Scale; IIP= Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz *et al.*, 1988); NAI= Narrative Assessment Interview (Hardtke y Angus, 2004); OQ-10= Outcome Questionnaire-10 (Lambert *et al.*, 1996; versión en portugués: Machado y Fassnacht, 2014); OQ-30= Outcome Questionnaire-30; OQ-45 = Outcome Questionnaire-45 (Lambert *et al.*, 2004); PDQ-4= Personality Diagnostic Questionnaire (Hyler, 1994); PHQ-9= Patient Health Questionnaire Depression Scale (Manea, Gilbody y McMillan, 2012); PSQ= Post Session Questionnaire; PTS= Propensity to Trust Scale (Frazier, Johnson y Fainshmidt, 2013); RS= Resolution Scale (Singh, 1994); RSE=Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965); STAI= State Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970); TCD= Target Complaints (Discomfort) Scale (Battle *et al.*, 1966); TEPT= Trastorno de Estrés Post-Traumático; WAI= Working Alliance Inventory (Hatcher y Gillaspay, 2006; Horvath y Greenberg, 1989); WAI-SF= Working Alliance Inventory- Short Form (Tracey y Kokotovic, 1989); WAI-SR= Working Alliance Inventory-Short Revised (Hatcher & Gillaspay, 2006; Portuguese version, Machado y Ramos, 2008); WHO-5= The World Health Organisation-Five (Organización Mundial de la Salud, 1998; Topp *et al.*, 2015).

Tabla 4

Tabla resumen de los artículos que analizan la eficacia del feedback

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Esmiol-Wilson <i>et al.</i> (2017)	N= 26 Edad promedio: 29,63	Cuasi-experimental. Inclusión: Estudiantes graduados en terapia de pareja y familia. Clientes que aceptaron participar en la investigación: todos mayores de 18 años e incluían individuos, parejas casadas y y parejas no casadas, así como familias de la comunidad local. Exclusión: menores de 18 años.	<i>Feedback:</i> ORS/SRS Informe de reflexión final (los estudiantes en formación lo completan en el primer o segundo semestre de sus prácticas clínicas).	Terapia de pareja y familia. Práctica basada en la evidencia: tratamiento informado por la retroalimentación (FIT). Programa de formación para los estudiantes clínicos para recibir y responder a los <i>feedback</i> de los pacientes al final de cada sesión de terapia. Todas las sesiones de terapia se llevaron a cabo en una clínica de formación	Los resultados del programa de formación para los estudiantes clínicos mostraron que sus experiencias reflejaron desafíos significativos seguidos de cambios clínicos positivos, que culminaron en una aceptación general sobre la importancia de los comentarios de los clientes (<i>feedback</i>): 1) Mejor adaptación a las necesidades de los pacientes (mayor colaboración, mejora en la dirección de la sesión, así como en la alianza terapéutica).	No informan sobre bajas en el estudio.

vinculada al programa de posgrado de la universidad.

2) Fomento en el crecimiento personal (aumento de la empatía y conciencia de sí mismos).
3) Mayor compromiso en general (centrado únicamente en los beneficios del *feedback* por encima de los retos).

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Gimeno-Peón <i>et al.</i> (2019)	N= 42 Edad promedio: 33,41	Cuasiexperimental. Estudio observacional retrospectivo. Inclusión: aquellos tratados entre febrero de 2016 y junio de 2018, mayores de 16 años que completaron las escalas del PCOMS a lo largo de todas las sesiones, y que asistieron a un mínimo de dos sesiones. No se informa sobre los criterios de exclusión.	Percepción subjetiva de mejora (cómo se siente después de haber pasado la terapia). <i>Feedback:</i> ORS/SRS	Se implementó PCOMS en 7,5 sesiones de psicoterapia aplicada a los 42 clientes. Monitorización sistemática de resultados o recolección sistemática del <i>feedback</i> del cliente (SFC) para informar sobre el tratamiento.	El 73,8% de los participantes se beneficiaron del tratamiento, en comparación con las puntuaciones obtenidas en el estudio de referencia (65.6%) (Reese <i>et al.</i> , 2014) y ECAs (67.5%) (Anker <i>et al.</i> , 2009; Reese <i>et al.</i> , 2009).	No informan de bajas en el estudio.

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Mueller <i>et al.</i> (2018)	N= 423 No informan sobre la edad promedio.	<p>Ensayo controlado aleatorizado (ECA).</p> <p>Inclusión: al menos un trastorno de ansiedad o depresión (CIE-10: F32, F33, F40, F41, F42, F43). Al menos 3 sesiones de tratamiento.</p> <p>Exclusión: trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (ICD-10: F00-F09); trastornos mentales y del comportamiento debidos a sustancias psicoactivas (CIE-10: F10-F19); esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes (ICD-10: F20-F29); suicidio agudo.</p>	<p><u>Moderadores y mediadores del efecto del feedback.</u></p> <p>-Moderadores: actitud de los terapeutas hacia el uso del sistema de retroalimentación y los diagnósticos.</p> <p>-Mediadores: conciencia de los terapeutas del cambio negativo del paciente: GAF; HSCL-11 y duración del tratamiento.</p> <p><u>Feedback del paciente al terapeuta sobre:</u></p> <p>-El estado inicial de síntomas y el funcionamiento interpersonal del paciente: BSI; OQ-30.</p> <p>-Síntomas específicos del diagnóstico: GAD-7; PHQ-9.</p> <p><u>Adaptación personalizada del tratamiento:</u></p> <p>-ASC (4º subescala: alianza terapéutica, motivación, apoyo social y acontecimientos vitales).</p> <p>-Grado de capacidad de regulación emocional: ASQ.</p>	<p>Terapia cognitivo conductual (TCC): sistema integral de <i>feedback</i>.</p> <p>Terapia llevada a cabo por psicólogos/as que participan en un programa de formación clínica de postgrado de 3 a 5 años de formación clínica, donde se lleva a cabo un <i>sistema integral de feedback</i> para el seguimiento rutinario de los resultados de los pacientes (en comparación con un grupo control).</p>	<p>El uso del <i>sistema integral de feedback</i> tiene efectos positivos en los resultados, sobre todo para los pacientes que presentan riesgo de deterioro o abandono.</p> <p>Además, la diferencia entre terapeutas explica una mayor variabilidad en los resultados que la diferencia entre tratamientos.</p> <p>Se ha visto un efecto incremental cuando el <i>feedback</i> va acompañado con herramientas de resolución de problemas, en comparación con el <i>feedback</i> solo.</p>	No informan sobre bajas en el estudio.

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Montagu <i>et al.</i> (2017)	N= 2 Edad promedio: 42	Estudio de casos. Inclusión: estar experimentando un bajo estado de ánimo. Exclusión: no tener un diagnóstico de salud mental importante (como la dependencia de sustancias o psicosis), y no tener un riesgo inminente de dañarse a sí mismo o a otros.	<u>Depresión y bajo estado de ánimo</u> PHQ-9; CORE-10; Q-LES-SF. 1º caso (pre-tratamiento) PHQ-9 (moderada) CORE-10 (rango clínico) Q-LES-SF (deterioro). 2º caso (pre-tratamiento) PHQ-9 (moderadamente grave) CORE-10 (rango clínico) Q-LES-SF (deficiente).	Aplicación de TCC de baja intensidad, llevando a cabo un seguimiento rutinario de los resultados de los pacientes en terapia (<i>feedback</i>), aplicando una autoayuda guiada (LI-CBI), utilizando el libro (ODLM). Modalidad: presencial o telefónica. Total: cuatro sesiones (de 30 a 40 minutos cada una) durante un período de seis semanas.	Estos dos estudios de caso demostraron dos trayectorias diferentes de cambio al mismo programa, con dos modalidades de apoyo (presencial y telefónico). En el primer caso (presencial), la respuesta del paciente al programa redujo la depresión y el malestar psicológico y mejoró la calidad de vida. En el segundo caso (telefónico), el paciente, que comenzó con síntomas graves, experimentó un empeoramiento durante el programa de autoayuda guiada.	1º caso (post-tratamiento): P. Significativas: PHQ-9 (leve) CORE-10 (rango no clínico) Q-LES-SF (funcional). Baja del 2º caso a la cuarta semana (sin mejoría).

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Hovland <i>et al.</i> (2020)	N= 34 No se informa sobre las edades.	Estudio de casos. Inclusión: inmigrantes, refugiados y diferentes grupos con enfermedades mentales de diversa gravedad. No se informa sobre los criterios de exclusión.	Percepción sobre la mejora en el tratamiento. Retroalimentación clínica en el programa " <i>Increasing Access to Psychological Therapies</i> " (Clark, 2011). Sistemas de retroalimentación clínica nórdico: <i>Norse feedback</i> (NF). Entrevistas individuales. Informe de campo.	Terapia de 10 meses, implementando el sistema de retroalimentación digital: " <i>Norse Feedback</i> " (empleando entrevistas e informes de campo) en una institución pública de salud mental. 12 entrevistas a pacientes (seis en entrevistas individuales/seis en un grupo focal), 23 entrevistas a empleados (10 fueron entrevistados dos veces), 23 informes de campo y 16	Los resultados fueron recogidos de forma cualitativa, de las entrevistas y los informes de campo. La retroalimentación clínica fue positiva en general, aunque era más difícil para los médicos y para los pacientes con enfermedades graves, personas mayores que presentaban analfabetismo digital y los que no hablaban la lengua materna.	No informan sobre bajas en el estudio.

documentos de
archivo.

La duración de las
entrevistas
osciló entre 30 y
80 minutos, y
supuso un total de
37 horas.

Autor (año)	Muestra (N y edades)	Diseño del estudio / Criterios de inclusión-exclusión	Variables pre-intervención / Instrumentos de evaluación	Intervención	Resultados	Bajas del estudio
Roubal <i>et al.</i> (2018)	N= 4 Edad promedio: 28	Cualitativo. No se informa sobre los criterios de inclusión y exclusión.	<p><u>Cambios experimentados por los pacientes en psicoterapia:</u></p> <p>Percepción subjetiva de mejora (cómo se sienten antes y después de la terapia).</p> <p><u>Cualitativo.</u> Entrevistas retrospectivas (semiestructuradas): CHAP; CCI; NAI</p> <p><u>Cuantitativo.</u> Cuestionarios de resultados y procesos:</p> <p>-Síntomas depresivos: PHQ-9</p> <p>-Alianza terapéutica: WAI</p> <p>-<i>Feedback:</i> CORE-OM; OQ-45</p>	<p>Tipos de Terapias: Enfoques Psicodinámicos (viñetas III y IV), Terapia Gestalt (viñeta I y II) e Integrativos (viñeta III).</p> <p>La terapia duró entre 18-20 sesiones individuales (viñetas I, II, IV) y 45 sesiones grupales (viñeta III). Cada sesión duró 90 minutos.</p>	<p><u>Viñeta clínica I.</u> PHQ-9: mostró un cambio clínicamente significativo y estadísticamente confiable (los puntajes se redujeron de 14 a 6).</p> <p><u>Viñeta clínica II y III.</u> CHAP: informó sobre muy buen efecto de la terapia (cambios positivos).</p> <p><u>Viñeta clínica IV.</u> Cambio clínicamente significativo en PHQ-9 (bajaron de 14 a 2) y en CORE-OM (bajaron de 71 a 20). WAI también fue positiva y estable en el transcurso de la terapia (31 puntos al comienzo, 32 en el medio, y 32 al final).</p>	Una baja en el estudio.

Nota: ASC= Assessment for Signal Clients (Lambert *et al.*, 2007); ASQ= Affective Style Questionnaire (Graser *et al.*, 2012); BSI= Brief symptom inventory; CORE-10= Clinical Outcomes in Routine Evaluation-10 (Barkham *et al.*, 2012); FIT= feedback-informed treatment (Tilsen y McNamee, 2015); GAD-7= Generalized Anxiety Disorder; GAF= Global Assessment of Functioning; HSCL-11= Hopkins Symptom Checklist-11 (Lutz *et al.*, 2006); LI-CBI= Low Intensity Cognitive Behavioural Intervention; ODLM= Overcoming Depression and Low Mood; OQ-30= Outcome Questionnaire-30; ORS= Outcome Rating Scale (Miller *et al.*, 2006); PCOMS= Partners for Change Outcome Management System (Miller *et al.*, 2005); PHQ-9= Patient Health Questionnaire Depression Scale (Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001); PSSI= Symptom Severity Interview (Foa *et al.*, 1993); Q-LES-SF= Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Endicott *et al.*, 1993); SCID= Structured clinical interview (Fairburn y Beglin, 2008); SFC= Systematic Client Feedback; SRS= Session Rating Scale (Ducan *et al.*, 2003).