

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Monitorización sistemática y feedback del paciente en
atención psicoterapéutica privada en Lima, 2023**

Jhonatan Scheelje Ramirez

Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Psicología

Lima, 2023

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .



INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TESIS

A : Eliana Mory Arciniega
Decano de la Facultad de Humanidades

DE : Eduardo Andrés Vásquez Carrasco
Asesor de tesis

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de tesis

FECHA : 19 de Octubre de 2023

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado asesor de la tesis titulada: "Monitorización sistemática y feedback del paciente en atención psicoterapéutica privada en Lima, 2023", perteneciente al estudiante Jhonatan Scheelje Ramírez, de la E.A.P. de Psicología; se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 15 % de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Nº de palabras excluidas: 40) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que la tesis constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido de la tesis sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/JC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original

(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

Cc.
Facultad
Oficina de Grados y Títulos
Interesado(a)



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Jhonatan Scheelje Ramirez, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 73377615, de la E.A.P. de Psicología de la Facultad de Humanidades la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: "Monitorización sistemática y feedback del paciente en atención psicoterapéutica privada en Lima, 2023", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

19 de Octubre de 2023.

La firma del autor obra en el archivo original

(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

Cc.
Facultad
Oficina de Grados y Títulos
Interesado(a)

Monitorización sistemática y feedback del paciente en atención psicoterapéutica privada en Lima, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	15%	2%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	psiquiatria.com Fuente de Internet	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
5	qdoc.tips Fuente de Internet	1%
6	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	titula.universidadeuropea.es Fuente de Internet	1%
8	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1%
9	www.coursehero.com Fuente de Internet	

		<1 %
10	informatica.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	betteroutcomesnow.com Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	www.redalyc.org Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 40 words

Dedicatoria

Dedicado a Dios por guiarme en este buen camino. A mis padres, Cristian y Alicia, y familiares por su apoyo incondicional.

Finalmente, a todos los profesores y amigos de esta carrera que siempre me animan y creen en mí.

Agradecimientos

Agradezco a Dios, a mis familiares, profesores y amigos por lo todo lo aportado. En especial, agradezco al Mg. Eduardo Andrés Vásquez Carrasco por su interés en el tema y por su rigurosidad académica como asesor de esta tesis. Al Lic. Mauricio Calderón Carranza por haber sido parte en el análisis de la problemática de la investigación y haber mostrado disponibilidad total para el desarrollo de la misma.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	VI
Agradecimientos	VII
ÍNDICE GENERAL	VIII
Índice de tablas	X
Índice de figuras.....	XI
Resumen.....	XII
Abstract.....	XIII
Introducción	XIV
CAPITULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	1
1.1. Planteamiento y formulación del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Hipótesis y descripción de variables	5
1.4.3 Identificación de variables	6
1.5. Justificación del estudio.....	10
1.5.1. Justificación social	10
1.5.2. Justificación teórica	10
CAPITULO II.....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Antecedentes del problema.....	12
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	12
2.1.2. Antecedentes nacionales	14
2.1.3. Antecedentes locales	14
2.2. Bases teóricas	16
2.2.1. Alianza terapéutica.....	16
2.2.2. Bienestar psicológico	19
2.2.3. Monitorización sistemática de resultados y <i>feedback</i> del paciente.....	23

2.3. Definición de términos básicos.....	26
2.3.1. Alianza terapéutica.....	26
2.3.2. Bienestar psicológico	26
2.3.3. Monitorización sistemática	26
2.3.4. <i>Feedback</i> del paciente.....	26
2.3.5 Psicoterapia	26
CAPITULO III.....	28
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
3.1. Enfoque de la investigación.....	28
3.2. Tipo de investigación.....	28
3.3. Nivel de investigación	28
3.4. Diseño de investigación.....	29
3.5. Población y muestra.....	30
3.5.1. Población.....	30
3.5.2. Muestra	30
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.6.1. Técnicas	31
3.6.2. Instrumentos.....	32
3.7. Técnicas de recolección y análisis de datos.....	34
3.8. Aspectos éticos	34
CAPITULO IV.....	36
RESULTADOS	36
4.1 Análisis descriptivo	36
4.2 Discusión	43
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS.....	54
ANEXOS	58

Índice de tablas

Tabla 1. Matriz de Operacionalización de la variable 1 y 2: Bienestar psicológico y alianza terapéutica.....	7
Tabla 2. Ficha Técnica del instrumento PCOMS.	32
Tabla 3. Rango de edad de los pacientes.	36
Tabla 4. Sexo de los pacientes.	37
Tabla 5. Estadística descriptiva del total de las sesiones.	37
Tabla 6. Estadística descriptiva de las subescalas de la ORS.	38
Tabla 7. Estadística descriptiva de las subescalas de la SRS.....	38
Tabla 8. Matriz de consistencia.....	65

Índice de figuras

Figura 1. Aplicación del PCOMS al caso 1.....	39
Figura 2. Aplicación del PCOMS al caso 2.....	40
Figura 3. Aplicación del PCOMS al caso 3.....	41
Figura 4. Aplicación del PCOMS al caso 4.....	42
Figura 5. Aplicación del PCOMS al caso 5.....	43

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar los niveles de bienestar psicológico y de la alianza terapéutica en pacientes en atención psicoterapéutica privada en Lima, en el año 2023. En cuanto a la metodología, la investigación fue cuantitativa, descriptiva, no experimental, longitudinal y se usó un diseño de panel. Se midieron dos variables correspondientes a un solo instrumento, el cual fue el Sistema de socios para la gestión del cambio (PCOMS, por sus siglas en inglés). La muestra fue no probabilística de tipo intencional. Se aplicó el instrumento a cinco pacientes a lo largo de cinco sesiones. Los resultados mostraron una progresión favorable en los niveles de bienestar psicológico y de la alianza terapéutica. El PCOMS demostró ser útil y práctico para monitorizar la evolución del paciente y su percepción hacia el proceso psicoterapéutico.

Palabras claves: bienestar psicológico, alianza terapéutica, monitorización sistemática, *feedback*, psicoterapia, paciente.

Abstract

The research entitled: “Systematic monitoring and *feedback* of the patient in private psychotherapeutic care in Lima, 2023”, had the objective of determining the levels of psychological well-being and the therapeutic alliance in patients in private psychotherapeutic care in Lima, in the year 2023. Regarding the methodology, the research was quantitative, descriptive, non-experimental, longitudinal and a panel design was used. Two variables corresponding to a single instrument were measured, which was the Partners for change outcome management system (PCOMS). The sample was non-probabilistic of the intentional type. The instrument was applied to five patients over five sessions. The results showed a favorable progression in the levels of psychological well-being and the therapeutic alliance. The PCOMS proved to be useful and practical for monitoring the evolution of the patient and his perception of the psychotherapeutic process.

Keywords: psychological well-being, therapeutic alliance, systematic monitoring, feedback, psychotherapy, patient.

Introducción

En el ámbito de la psicoterapia muchos profesionales asumen una buena práctica y efectividad en la intervención psicoterapéutica. No obstante, no suelen aplicarse instrumentos para medir la evolución del bienestar psicológico del paciente y la percepción del mismo hacia la alianza terapéutica (Santangelo et al., 2021). Los datos evidencian que la monitorización sistemática y *feedback* en psicoterapia es algo poco utilizado y más aún en América Latina (Santangelo et al., 2021). Además, en Perú no se cuentan con instrumentos breves, validados y que evalúen los resultados de la intervención psicoterapéutica y la alianza terapéutica de una manera breve y concisa (Paz et al., 2020). Por último, “entre un 40% y un 60% de las personas que acuden a tratamiento no se benefician del mismo, ya sea porque abandonan de forma prematura, no mejoran durante el tratamiento o empeoran” (Gimeno et al., 2018, p. 1).

Por lo tanto, trabajar la salud mental partiendo de la evidencia basada en la práctica debería ser un aspecto fundamental de la labor profesional del psicoterapeuta hoy en día. No obstante, como ya se mencionó, esta no es aplicada de manera sistemática en la práctica rutinaria.

La evidencia basada en la práctica propone integrar la experiencia del profesional con la mayor evidencia posible investigada en la práctica rutinaria para poder dar el mejor tratamiento personalizado al paciente. Esta es contraria o alterna a la práctica basada en la evidencia, la cual se enfoca en mostrar si un tratamiento específico funciona o no para un paciente, o grupo de pacientes, con determinado tipo de trastorno o problema (Santangelo, 2020). Es decir, esta última generaliza la solución al problema en vez de tratar el problema como un caso único.

En tal sentido, el presente estudio tuvo como objetivo determinar los niveles del bienestar psicológico del paciente y los niveles de la alianza terapéutica. En relación

con el bienestar psicológico, se buscó tener cierta objetividad en cómo el paciente llega a cada sesión y conocer la evolución de su proceso terapéutico. En cuanto a la alianza terapéutica, se investigó cuánto es de beneficio y provecho la labor psicoterapéutica del profesional hacia el paciente, es decir, cómo este último percibe el proceso y al terapeuta en sí.

Por lo tanto, se propuso un estudio cuantitativo, no experimental, longitudinal, descriptivo con un diseño de panel. Se desarrolló mediante la aplicación del instrumento PCOMS, que midió ambas variables mencionadas. Utilizando el instrumento se evaluó a cinco pacientes durante cinco sesiones. No se buscó tener un número de muestra establecido previamente, sino más bien que esta es el resultado del número de personas que acceden a realizar la investigación y cumplen con los criterios de inclusión.

En cuanto al contenido de los capítulos, el Capítulo I, Planteamiento del estudio, trata de explicar la importancia de usar mecanismos de monitorización y *feedback* de los consultantes. Estos permiten brindar la mejor atención posible al cliente, basados en la evidencia de la práctica y no en supuestos.

En relación al Capítulo II, Marco teórico, muestra las definiciones de bienestar psicológico y alianza terapéutica a través del tiempo y se contrastan con las utilizadas por el PCOMS.

En el Capítulo III, Metodología de la investigación, se muestra el tipo de investigación, que es longitudinal, descriptivo, utilizando un diseño de panel. La muestra fue seleccionada por conveniencia debido a economía de tiempo y recursos.

El Capítulo IV, Resultados, presenta el análisis y la discusión. Se obtienen puntuaciones parecidas a los estudios de referencia. Los puntajes de ambas escalas

muestran una progresión favorable a través del tiempo. El instrumento evidencia ser útil para su uso práctico.

Las conclusiones consignan información valiosa en relación con el uso del instrumento y su practicidad. Se ofrecen recomendaciones para posibles futuras investigaciones. Así mismo, se discuten mejoras metodológicas, debilidades y fortalezas de la presente investigación.

En cuanto a los alcances y limitaciones, el trabajo de investigación busca determinar los niveles de las variables y demostrar la practicidad del instrumento al observar los casos y puntuaciones progresivas. No pretende la generalización debido al número de la muestra. Así mismo, los puntajes altos en el estudio podrían deberse a la consulta privada y aplicada por el mismo psicoterapeuta.

Por lo demás, se demostró que el instrumento tiene un desempeño favorable en la investigación y se espera que pueda ser aplicable en la labor profesional del psicoterapeuta. El proceso de aplicación del instrumento reveló la importancia y la progresión favorable de la medición de dichas variables en el proceso psicoterapéutico.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.Planteamiento y formulación del problema

En la investigación y evaluación en psicoterapia existen diversos sistemas utilizados que tienen la finalidad de medir la alianza terapéutica y el bienestar psicológico del paciente. Estos sistemas consisten en la evaluación periódica e inmediata mediante instrumentos estandarizados que permiten determinar el progreso, ausencia o retroceso del proceso psicoterapéutico (Gimeno et al., 2018). Estos sistemas, aplicados a través de instrumentos, son esenciales, ya que permiten abordar problemas de abandono, deterioro y falta de mejoría en relación con el proceso psicoterapéutico, así como generar *feedback* y evitar *impasses* (Santangelo et al., 2021).

A pesar de lo mencionado, en el ámbito de la psicoterapia no se suelen usar estos mecanismos de monitorización y *feedback* de los consultantes (Santangelo et al., 2021). La mayoría de profesionales, en la aplicación de la psicoterapia, no acostumbran a tener estos mecanismos como punto de referencia para corregir, ajustar e implementar detalles mencionados por los pacientes, que finalmente son de beneficio en la evolución del bienestar psicológico del paciente y refuerzan la alianza terapéutica. Estos mecanismos sirven como punto de referencia para trabajar con evidencia basada en la práctica. No obstante, a pesar de tener estos mecanismos de monitorización y *feedback*, los profesionales de la salud mental en Latinoamérica no suelen utilizarlos y mucho menos en Perú (Paz et al., 2021).

Aunque no se sabe con certeza la razón por la cual estos mecanismos son pocos utilizados, esto podría significar que se usa cualquier otra cosa, ya sea la intuición, supuestos, sesgos u otros para verificar que la intervención en la psicoterapia es beneficiosa. Pero, no basta con observar o preguntar casualmente al cliente acerca del

progreso del bienestar psicológico o la apreciación hacia la alianza terapéutica, ya que si se pregunta por la satisfacción quizás se podrían obtener respuestas con alta deseabilidad social, y si se trata de observar al paciente quizás se podría cometer el sesgo de la atribución errónea, entre otros. También, al no hacerse de manera sistemática mediante la aplicación de un instrumento, no se cuenta con un registro continuo de la progresión o retroceso de la evolución del bienestar psicológico del paciente o de la satisfacción o disgusto del paciente hacia la alianza terapéutica. Por lo tanto, resulta complicado el registro de datos claros y progresivos de la evolución del bienestar psicológico del paciente y de su percepción hacia la alianza terapéutica.

Con justa razón mencionan Gimeno et al. (2018, p. 1) que “entre un 40% y un 60% de las personas que acuden a tratamiento no se benefician del mismo, ya sea porque abandonan de forma prematura, no mejoran durante el tratamiento o empeoran”. Justamente es esto lo que se busca prever mediante la ejecución de estos sistemas que son posibles en la aplicación rutinaria del instrumento PCOMS. En tal sentido, el no tener un mecanismo para poder monitorear los resultados de la intervención y la apreciación del cliente hacia el terapeuta y poder evitar cualquier ruptura genera pérdida al paciente, tanto económica como de tiempo, entre otras.

Estos mecanismos, la monitorización y el *feedback* adquieren mayor importancia y relevancia en la aplicación de la psicoterapia de manera virtual. Esto se observó en mayor magnitud en la etapa de confinamiento por la Covid-19. En esta temporada, al incrementarse los casos de salud mental, se acentuó la necesidad de tener estos instrumentos (Hernández, 2020). Esto debido a que, al darse la terapia exclusiva y abruptamente en modalidad virtual, había mayor necesidad de asegurarse de medir la evolución del bienestar psicológico del paciente y tener *feedback* con respecto a la alianza terapéutica y al proceso mismo.

La aplicación de la psicoterapia virtual trae consigo muchos retos. A continuación, se mencionan algunos. El profesional corre más riesgo de estar sesgado. El vínculo virtual a veces demanda mayor esfuerzo en la relación terapeuta-cliente. El vínculo virtual podría no ser de agrado para algunos pacientes, lo cual podría perjudicar aún más la alianza terapéutica, generando así un *impasse*. El estar frente a un ordenador demanda mayor atención, la sería difícil de ser sostenida por mucho tiempo, y a la vez se corre el riesgo de poner la atención en otros distractores virtuales. Algunos test psicométricos limitan su aplicación a intervenciones presenciales, requieren de buena señal de internet, buenos periféricos electrónicos y un buen lugar físico para simular lo más posible una sesión presencial o de calidad. Se limita la observación del lenguaje paralingüístico y otros que no son totalmente observables a través de una cámara. No se propician los abrazos, el *rapport* más ameno, ejercicios de campo, juegos de roles o cualquier tipo de intervención que implique la presencia y ayuda del terapeuta *in situ*. Finalmente, estos factores y otros han sido y siguen siendo un reto para la aplicación de la psicoterapia de manera virtual (Rodríguez et al., 2021).

Por consiguiente, se vio necesaria la aplicación de un instrumento que pueda ayudar al psicólogo profesional a cerrar las brechas en la práctica rutinaria mediante la monitorización sistemática del bienestar psicológico del paciente y el *feedback* de la alianza terapéutica, ya sea esta en modalidad virtual, presencial o semipresencial. El uso de este instrumento debería ser necesario y tener suma importancia en la práctica de la psicoterapia virtual. Es por ello que el estudio se centra en la aplicación del instrumento en la psicoterapia virtual, ya que su ejercicio trae consigo varios retos y los profesionales podrían presentar sesgos de juicio en sus evaluaciones (Santangelo et al., 2021).

Si no es mediante el empleo de un instrumento de monitorización sistemática, entonces ¿qué le garantiza el éxito o la mejoría de la sesión psicoterapéutica al terapeuta? ¿Cómo puede estar seguro el terapeuta de que el cliente está teniendo una progresión favorable y de que está a gusto con la intervención? ¿Qué mecanismos se utilizarían para prever las rupturas del vínculo terapéutico o solucionar un *impasse*? ¿Cómo se mediría la mejora del bienestar psicológico de manera breve y concisa? ¿Qué mecanismos se usarían para recibir *feedback* negativo en la práctica rutinaria?

En tal sentido, la aplicación de un instrumento de monitorización sistemática del bienestar psicológico del paciente y el *feedback* de la alianza terapéutica puede mejorar el proceso psicoterapéutico, prever y evitar las rupturas en la alianza terapéutica y, finalmente, ser el mejor aliado tanto del terapeuta de modalidad presencial como del de modalidad virtual.

En suma, tras observar el vacío de la aplicación de instrumentos que permitan monitorear y obtener *feedback* en la psicoterapia, el presente estudio se enfoca en la aplicación del instrumento PCOMS en la psicoterapia brindada en modalidad virtual. Se exponen los datos obtenidos, resultados y se muestran los beneficios que esta tiene para la práctica rutinaria en psicoterapia y cómo ambos, cliente y psicoterapeuta, pueden ser beneficiados.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los niveles de bienestar psicológico y de la alianza terapéutica en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023?

1.2.2. Problemas específicos

P1: ¿Cuáles son los niveles de bienestar psicológico en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023?

P2: ¿Cuáles son los niveles de la alianza terapéutica en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar los niveles de bienestar psicológico y de la alianza terapéutica en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

O1: Determinar los niveles de bienestar psicológico en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023.

O2: Determinar los niveles de la alianza terapéutica en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023.

1.4. Hipótesis y descripción de variables

Debido a que la investigación es descriptiva longitudinal, no hubo predicción de relación entre las variables.

1.4.1. Identificación de variables

A. Definición conceptual

- Variable 1: Bienestar psicológico
- Variable 2: Alianza terapéutica

B. Operacionalización de variables

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable 1 y 2: bienestar psicológico y alianza terapéutica

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Instrumento
Bienestar psicológico	Está definida por cuatro áreas de funcionamiento: individual, interpersonal, social y general. Desarrolladas por Lambert et al. (1996, citado en Miller et al., 2003).	Bienestar personal, interpersonal, social y general del paciente durante el proceso psicoterapéutico cuando se obtiene un punto de corte igual o mayor de 25 en la escala ORS (Miller et al., 2005).	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar personal • Bienestar interpersonal (familia y relaciones cercanas) • Bienestar social (trabajo, estudios y amistades) • Bienestar general (sentido 	<ul style="list-style-type: none"> • Individualmente (Bienestar personal) • En lo interpersonal (Familia, relaciones cercanas) • Socialmente (Trabajo, escuela, amistades) • En general (Sentido general de bienestar) 	PCOMS - ORS

Alianza terapéutica	Está definida por: calidad del vínculo terapéutico, el acuerdo entre terapeuta y paciente de los objetivos y temas, el enfoque y método del terapeuta y una apreciación general de la sesión. Estos indicadores se basan en la definición de Bordin (1979) con un enfoque en la teoría del cambio del cliente sugerida por Gaston (1990,	Satisfacción del paciente en relación con el vínculo terapéutico, objetivos y temas, enfoque y método, y apreciación general de la sesión cuando se obtiene un punto de corte igual o mayor de 36 en la escala SRS 3.0 (Miller et al., 2005).	de bienestar global) <ul style="list-style-type: none"> • Calidad del vínculo terapéutico • Objetivos y temas de la sesión • Enfoque y método del terapeuta • Apreciación general de la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación: <ul style="list-style-type: none"> - No me sentí escuchado/a, comprendido/a ni respetado/a. - Me sentí escuchado/a, comprendido/a y respetado/a. • Metas y temas: <ul style="list-style-type: none"> - No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar. - Trabajamos y hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar. 	PCOMS - SRS 3.0
---------------------	--	---	---	---	-----------------

citado en Duncan et al., 2003).

- **Enfoque o método:**
 - El enfoque del/de la terapeuta no encaja bien conmigo.
 - El enfoque del/de la terapeuta encaja bien conmigo.

- **En general:**
 - En la sesión de hoy faltaba algo.
 - En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí.

Nota. Operacionalización de las variables basadas en el instrumento PCOMS.

1.5. Justificación del estudio

1.5.1. Justificación social

En el aspecto social, el estudio se justifica en la medida en que la monitorización sistemática del bienestar psicológico y el *feedback* de la alianza terapéutica buscan determinar la evolución del paciente en cuanto a la disminución de la disforia, así como su percepción hacia el proceso terapéutico (Gimeno et al., 2018). Esto motiva que se pueda implementar el instrumento en diferentes centros psicológicos, para así promover evidencia basada en la práctica.

Su aplicación ofrece los siguientes beneficios: (a) el profesional puede tener una puntuación objetiva de la evolución del bienestar psicológico del paciente, (b) el paciente puede dar una opinión con respecto al proceso terapéutico y, por lo tanto, aumentar su satisfacción si es que los cambios son llevados a cabo; y (c) la alianza terapéutica será más sólida y, por lo tanto, el proceso terapéutico y los resultados serán beneficiosos. Según Hernández et al. (2014), esta justificación se considera social debido a la relevancia social que puede tener y sus implicaciones prácticas.

1.5.2. Justificación teórica

En el aspecto científico, el estudio se justifica en la medida en que buscó validar el instrumento PCOMS en Perú. Sus escalas de medición son la Escala de evaluación de resultados (ORS) y la Escala de evaluación de la sesión (SRS 3.0) (Miller et al., 2005). La aplicación de este instrumento da el beneficio a la comunidad científica de utilizar un instrumento con evidencia basada en la práctica, es decir, pretende demostrar qué prácticas son eficaces a la hora de aplicar la psicoterapia. Por último, esta metodología poco usual de aplicación del instrumento es de suma importancia para el ejercicio profesional y nuevos avances en la aplicación, descubrimientos y discusiones

en relación con la psicoterapia. Según Hernández et al. (2014), esta justificación se considera científica debido al valor teórico o utilidad metodológica que podría tener.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes internacionales

A la actualidad, el instrumento PCOMS ha tenido buenos resultados en su aplicación tanto en castellano como en su versión original, el inglés. De igual manera, ha sido aplicado en diversos países obteniendo resultados favorables.

En cuanto a su aplicación en castellano, Gimeno et al. (2018) vienen haciendo investigaciones interesantes del instrumento en España. En su estudio “Monitorización sistemática y *feedback* en psicoterapia”, revisaron el estatus empírico de la cuestión. En cuanto a la metodología, la investigación fue descriptiva, longitudinal, no experimental. Utilizaron un diseño de panel para evaluar a usuarios a lo largo de varias sesiones, mostrando en la discusión cinco casos con un mínimo de cinco sesiones a través de un gráfico de líneas. En cuanto a las conclusiones, mencionaron que el instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas y que aplicar la monitorización del bienestar psicológico y el *feedback* de la alianza terapéutica influyó grandemente en los resultados del tratamiento. Esto debido a que dedicar tiempo a comentar los resultados con el paciente propicia crear acuerdos, colaboración y, finalmente, a minimizar las rupturas en la alianza terapéutica (Gimeno et al., 2018).

En la investigación “Systematic client feedback to brief therapy in basic mental healthcare: study protocol for a four-centre clinical trial”, Bovendeerd et al. (2019) buscaron medir el efecto de implementar el PCOMS, teniendo en cuenta las fallas metodológicas en estudios anteriores y aclarar en qué circunstancias la adición de PCOMS a la terapia tiene efecto beneficioso. La muestra fue cuatro centros de atención psicológica breve en los cuales se evaluó a los pacientes en cuatro momentos diferentes.

Bovendeerd et al. (2019) mencionaron que el PCOMS efectivamente puede reducir los números de abandonos y/o incrementar la satisfacción del paciente. También, suele ser bueno en la intervención, debido a que incrementa la reducción de síntomas y/o mejora el bienestar. En esta medida, concluyeron que suele ser útil porque menos sesiones serán necesarias usando el PCOMS para obtener los mismos resultados. No obstante, debido al número limitado de participación en los centros, los autores mencionaron que los resultados no pueden ser generalizados.

Gimeno et al. (2019), en su investigación “Systematic Client Feedback: a naturalistic pilot study”, realizada en España, describieron los resultados tras haber implementado el PCOMS en la práctica rutinaria y haberlo comparado con estudios de referencia. En este estudio, el cual fue observacional retrospectivo, el instrumento fue implementado a 42 clientes. Se concluyó que “se encontraron tasas similares de cambio fiable y cambios clínicamente significativos (73.85) a las obtenidas en el estudio de referencia (65.6%) y ECA (67.5%)” (Gimeno et al., 2019, p. 132). En general, el instrumento demostró mejores resultados que los instrumentos de referencia.

En Argentina, Santangelo et al. (2021), con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas del PCOMS, aplicaron las escalas en cuatro momentos del proceso psicoterapéutico a 167 pacientes en su estudio “Evaluación en psicoterapia: propiedades psicométricas de la versión argentina de la Escala de calificación de resultados y la Escala de calificación de sesiones”. En cuanto a los resultados, se encontró una consistencia interna mayor de .80 en las dos escalas. Respecto de la correlación test-retest fue moderada-alta y se encontró evidencia de validez concurrente. Estos concluyeron que “Las características que la ORS y la SRS 3.0 presentan para el contexto argentino parecen ser similares a las escalas originales,

incluida el Índice de cambio confiable (ICC), presentando potencial para aplicarse a nivel práctico” (Santangelo et al., 2021, p. 166).

2.1.2. Antecedentes nacionales

En la investigación denominada “Psychometric properties of Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) in Colombia and Peru”, Ortiz et al. (2021) hicieron un estudio psicométrico con la finalidad de adaptar y validar el cuestionario CORE-OM a la población colombiana y peruana. Estos analizaron los indicadores de confiabilidad y validez del instrumento en muestras clínicas y no clínicas, proporcionando evidencia de su utilidad como medida de resultado en estos contextos. El CORE-OM fue aplicado junto con el OQ-45 (Outcome Questionnaire-45) y el SOS (Schwartz Outcome Scale-10) a 270 participantes, siendo 60 de estos muestra clínica y 210 muestra no clínica. El estudio incluyó participantes de Medellín, Bogotá, Bucaramanga y Lima. En cuanto a los resultados, la versión española del CORE-OM mostró excelente aceptabilidad (96%; tasa de omisión 0,14%), buena consistencia interna ($\alpha > .70$ en la mayoría de las escalas y muestras), aceptable fiabilidad test-retest (rho de Spearman > 0.70 ; $p < .001$) y validez convergente (esto en todos los dominios $r > .4$; $p < 0.01$, excepto en bienestar subjetivo) en ambas poblaciones. En conclusión, se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones entre la muestra clínica y no clínica. La muestra clínica presentó puntuaciones más altas. Por lo tanto, estos resultados validaron la puntuación de corte de un (1) punto entre poblaciones clínicas y no clínicas.

2.1.3. Antecedentes locales

Delgado y Silva (2022), en su estudio *Asociación entre el tiempo de permanencia de inmigrantes venezolanos y la autopercepción de síntomas de distrés, relaciones interpersonales y rol social. Lima, Perú 2018-2019: estudio de tipo mixto*,

buscaron determinar si existe relación entre el tiempo de permanencia en el Perú y la autopercepción de síntomas de malestar (DS), relaciones interpersonales (RI) y rol social (RS); dimensiones del “Cuestionario de resultados 45.2” (OQ-45.2). Se utilizó una metodología mixta. En cuanto a la parte cuantitativa, esta fue transversal con una muestra de 152 inmigrantes a los cuales se les aplicó el OQ-45.2. En cuanto a la parte cualitativa, se exploraron experiencias y desafíos durante el proceso migratorio, basados en la fenomenología. Solo se consideró a 16 participantes, a los cuales se les realizó una entrevista semiestructurada a profundidad.

En cuanto a los resultados, se observó una asociación en el aumento del riesgo de puntuación RS clínicamente significativa con los años adicionales de edad. Todos los inmigrantes reportaron haber experimentado xenofobia y una clara diferencia en el ámbito laboral. Los síntomas más reportados fueron ansiedad y alteraciones del sueño. Ningún inmigrante expresó su deseo de permanecer en el Perú a largo plazo.

Delgado et al. (2022) concluyeron que no se encontró asociación entre los meses en Lima y la autopercepción de angustia, pero que esto podría deberse a los pocos meses de algunos inmigrantes y que cualquier cambio en la autopercepción solo se puede percibir después de años o décadas en el Perú.

En suma, los antecedentes de la presente investigación indican que el instrumento es capaz de determinar los niveles de las variables y mostrar una progresión favorable en el tiempo. El instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas; puede reducir los números de abandonos y/o incrementar la satisfacción del paciente. Es útil debido a que menos sesiones serán necesarias para obtener los mismos resultados. También demostró mejores resultados que los instrumentos de referencia. El instrumento tiene consistencia interna alta en ambas escalas, correlación test-retest

moderada-alta y evidencia de validez concurrente. Por último, muestra diferencias significativas en las puntuaciones entre la muestra clínica y no clínica.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Alianza terapéutica

Este constructo parece haber ya estado presente desde los inicios de la psicoterapia, quizás con otro nombre. Freud ya hablaba acerca del *rapport*, en el cual destacaba la importancia de aun antes de dar a conocer al paciente sus primeras interpretaciones, este debía priorizar y establecer, como primer objetivo de la intervención, una relación adecuada, la cual proporcione adherencia del paciente al tratamiento y al psicólogo o analista (Freud, 1991).

Otros de los grandes representantes y aportantes a la alianza terapéutica es Carl R. Rogers. En su nueva perspectiva y filosofía de la Terapia centrada en el cliente, Rogers trajo grandes aportes en cuanto a la manera de intervenir al paciente. Mencionó que el mismo paciente era capaz de conocerse a sí mismo, tanto sus problemas como lo que le ayudaría a solucionar sus conflictos, pero todo eso basado en un contexto de interinfluencia con el terapeuta (Arias, 2015). Por su parte, Rogers (1997) explicó que la terapia consistía en que el paciente reperciba de manera más significativa y adecuada la vida y que la terapia era un proceso que se desarrollaba en la experiencia del cliente y no tanto en el intelecto del clínico. Hizo, por lo tanto, énfasis en la experiencia del cliente más que en la dirección rígida del clínico.

Al igual que Freud y Rogers, otros teóricos han dado su aporte al desarrollo de este constructo, pero no fue hasta que Bordin dio su aporte que las principales escuelas psicoterapéuticas se sintieron cómodas con este nuevo concepto, que era común a todas ellas (Andrade, 2005).

Miller et al. (2005) tomaron prestado el concepto de alianza terapéutica del trabajo de Bordin realizado en 1979. Bordin fue uno de los pioneros al hablar del constructor y lo ha definido de manera concreta pero completa. Este, haciendo una revisión de la variable para redefinirla o reconstruirla, mencionó que este término tiene su origen en la teoría psicoanalítica. No obstante, también acotó que es aplicable a cualquier enfoque de psicoterapia (Bordin, 1979). Pero para poder entender su definición del constructo, se debería remontar a sus dos fundamentos psicoanalíticos.

Bordin (1979) alegó que uno de estos fundamentos se basó en las opiniones de Sterba en el año 1934, el cual hizo su enfoque en la alianza entre el analista y el “yo” racional del paciente. También en la definición de Menninger en el año 1958, que puso énfasis en la importancia central del contrato terapéutico.

Por otro lado, Bordin (1979), siguiendo los trabajos de Zetzel en el año 1956 y de Greenson en el 1967, mencionó que estos pusieron énfasis en el significado de la relación real en el trabajo psicoanalítico. Por lo tanto, concluyó Bordin (1979), si se fusionan estas tres aportaciones se podría decir que la alianza terapéutica tiene tres características: (a) un acuerdo sobre las metas u objetivos de la terapia, (b) un acuerdo sobre la asignación de tarea o series de tareas que se llevan a cabo, y (c) el desarrollo y la fuerza del vínculo terapéutico.

Componentes de la alianza terapéutica

Según el modelo de Bordin (1979), que fue y es ampliamente aceptado y utilizado hasta el día de hoy por su relevancia, este constructo tiene tres componentes o dimensiones.

A. Acuerdo entre terapeuta y paciente de los objetivos por desarrollar.

Estos son los objetivos que se acuerdan desde el primer contacto con el analista o incluso antes de la primera sesión con el ayudante del analista. Ni el

analista ni el paciente deberían pasar por alto la negociación del acuerdo de los objetivos. Sea cual sea el enfoque terapéutico, ya sea psicodinámico o conductual, debe propiciar el cambio en los pacientes basados en los objetivos terapéuticos (Bordin, 1979).

B. Acuerdo entre terapeuta y paciente de las tareas por desarrollar.

Para que esta colaboración sea posible, es necesario un contrato previo acordado. Aún más crucial que el método terapéutico empleado son los tipos de tareas asignadas al paciente y al terapeuta. Independientemente del método, la eficacia de las tareas para fomentar llegar a la meta dependerá de la viveza con que el terapeuta pueda vincular la tarea asignada con el sentido del paciente de sus dificultades y su deseo de cambiar. Una anomalía a este conjunto de suposiciones es que puede haber tipos de terapia en los que las tareas nunca se especifican explícitamente, sino que surgen de manera gradual y ambigua (Bordin, 1979).

C. Calidad y fuerza del vínculo terapéutico.

Los objetivos fijados y la colaboración parecen estar íntimamente ligados a la naturaleza de la relación humana entre terapeuta y paciente, es decir, el vínculo terapéutico. Por lo tanto, ambos estarán más interesados en llevarse bien y colaborar si proponen y proyectan establecer una relación laboral duradera. Si no hay enfoque de una relación basada en la colaboración, confianza y que sea duradera, es probable que la relación acabe pronto. En todas las relaciones terapéuticas es necesario cierto nivel de confianza, pero cuando la atención es puesta en los rincones más protegidos de la experiencia interna de la persona, es allí donde se requiere desarrollar vínculos más profundos de confianza y apego (Bordin, 1979).

El concepto de alianza terapéutica sigue siendo utilizado, conceptualizado y ampliado hasta la actualidad. En tal sentido, Grossl (2016) mencionó lo siguiente:

La alianza terapéutica es una asociación entre el terapeuta y el cliente que se compone de tres elementos interrelacionados, que incluyen el sentido de conexión del cliente con el terapeuta, el acuerdo entre el cliente y el terapeuta sobre las metas del tratamiento y el acuerdo entre el cliente y el terapeuta sobre las tareas de tratamiento. (p. 12)

Duncan (2018) es otro teórico que constantemente ha estado utilizando y promoviendo el término. Este, en relación con la calidad del vínculo terapéutico, señaló indicadores relacionados con la percepción del cliente de la empatía del terapeuta, la consideración positiva y la autenticidad. En cuanto al acuerdo en las tareas por desarrollar, Duncan agregó la teoría del cambio del cliente, es decir, un marco que valida el punto de vista del cliente sobre las cosas, y todos los detalles que la acompañan, incluidos los temas de conversación, la frecuencia de las reuniones, el manejo de las cancelaciones, el pago, entre otros (Duncan, 2018).

En tal sentido, Duncan (2018) propuso que la alianza se evidencia en todo lo que el terapeuta hace, ya sea desde ofrecer una explicación, enseñar una técnica o programar la próxima cita. Es decir, esta se construye progresivamente en cada encuentro con el cliente y requiere de esfuerzos conscientes y proactivos.

En suma, Duncan et al. (2003) usaron este modelo para desarrollar el concepto y medición de la alianza terapéutica, al cual le agregan un cuarto indicador relacionado con un sentido general de cómo se sintió el paciente en la sesión.

2.2.2. Bienestar psicológico

Como mencionó Castro (2009), este constructo se ha modificado a lo largo de las últimas cuatro décadas. Se cambió del paradigma de trastorno y enfermedad al

paradigma de bienestar psicológico (Bovendeerd et al., 2019). Por lo tanto, bajo el nuevo paradigma biopsicosocial, se entiende este bienestar integral como aquel que se retroalimenta y se compenetra con el bienestar social y biológico (Oblitas, 2010).

Teorías sobre el bienestar psicológico

El bienestar psicológico como constructo ha pasado por diversos modelos teóricos. Siguiendo a Castro (2009), a continuación se resumen algunos de ellos.

A. Teorías universalistas

Estas propusieron que el bienestar o la satisfacción se alcanza ya sea con el logro de ciertos objetivos o con la satisfacción de necesidades básicas. Algunas de esas necesidades serían autonomía, competencia y relaciones. Por lo tanto, este enfoque transmite la idea de que el bienestar psicológico se logra satisfaciendo las necesidades más intrínsecas (Castro, 2009).

B. Modelos situacionales (*Bottom up*) vs. modelos personológicos (*Top down*).

Estos modelos parecen ser opuestos o contradecirse entre sí. Mientras que el modelo situacional propone que la suma de momentos felices o situaciones son los que producen la satisfacción en la vida, el modelo personológico propone que el bienestar es una disposición de la personalidad, y como la personalidad es estable, el bienestar también (Castro, 2009).

C. Teorías de la adaptación.

Los teóricos que propusieron este enfoque consideran que la adaptación es lo fundamental para la felicidad. El bienestar estará regido por la capacidad que tienen las personas de adaptarse ante el surgimiento de momentos altamente estresantes y volver al nivel de bienestar previo en el cual se encontraban (Castro, 2009).

D. Teorías de la discrepancia.

Teoría propuesta por A. Michalos en el año 1986, quien mencionó que el bienestar no tiene una causa única, sino que está multideterminado. Por lo tanto, explicó el bienestar como: “la comparación que hacen las personas entre sus estándares personales y el nivel de condiciones actuales” (Castro, 2009, p. 52).

Componentes del bienestar psicológico

Andrews y Withey (1976, citado en Castro, 2009), mencionaron que el bienestar tiene tres componentes: el afecto positivo, el afecto negativo y los juicios cognitivos sobre el bienestar. Estos tres elementos han sido muy aceptados a lo largo del tiempo para hablar sobre el bienestar. Se podría decir que el bienestar psicológico se dará si una persona experimenta satisfacción en su vida, si tiene un buen estado de ánimo y si solo ocasionalmente presenta emociones poco placenteras. También, se podría agregar que el bienestar es el componente cognitivo de la satisfacción, es decir, este es el resultado de cómo las personas interpretan el transcurso de sus vidas (Castro, 2009).

En cuanto al enfoque de bienestar psicológico del PCOMS, desarrollado por Lambert, está basado en la misma filosofía del instrumento OQ-45 (Lambert et al., 2001). Este usa tres áreas base para medir el progreso del proceso psicoterapéutico, el cual es expresado finalmente en la mejora del bienestar psicológico del paciente. Estas tres áreas son: sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. Se explican a continuación.

A. Sintomatología.

Esta trata acerca de cómo se siente el paciente internamente, es decir, en la reducción de la disforia y la experiencia de satisfacción y bienestar. Está enfocada en poder identificar desórdenes mentales, haciendo énfasis en la

depresión y ansiedad por su alta frecuencia en la población (Von Bergen y De la Parra, 2002).

B. Relaciones interpersonales.

Se refiere al cómo se relaciona el paciente con otras personas que son significativas para él. Este incluye tanto la satisfacción como los problemas en las relaciones interpersonales. Esta área es de suma importancia debido a que la calidad de vida y los niveles de satisfacción suelen estar asociados a las relaciones interpersonales, y las mismas relaciones interpersonales son los problemas más frecuentes en el motivo de consulta (Von Bergen y De la Parra, 2002). Esta área incluye las subáreas de amistad, familia, matrimonio, conflicto, fricción, aislamiento, inadecuación y rechazo en las relaciones interpersonales.

C. Rol social.

Se refiere al funcionamiento en áreas de importancia como el trabajo, el estudio, roles familiares y ocio. Es decir, cómo funciona la persona en tareas vitales uniendo la esfera individual, interpersonal y social (Von Bergen y De la Parra, 2002).

Se observa que, a pesar de los diferentes modelos y definiciones de bienestar psicológico desarrollados, Lambert puso en marcha un nuevo enfoque de bienestar psicológico basado en las tres áreas de funcionamiento mencionadas. Estas tres áreas fueron desarrolladas en su instrumento OQ-45 debido a que las consideraba como indicadores de cambio para medir el bienestar psicológico en la intervención psicoterapéutica (Lambert et al., 2001). Siguiendo el mismo enfoque, Miller et al. (2003) reforzaron el argumento diciendo que “cambios en estas tres áreas son ampliamente considerados como indicadores válidos del resultado exitoso del

tratamiento” (p. 93). Miller et al. (2003) usaron este modelo para desarrollar el concepto y medición de bienestar psicológico, al cual agregan una cuarta área de funcionamiento, que denominaron como “sentido general de bienestar”.

Este enfoque y línea de pensamiento ha tenido continuidad en el tiempo y ha sido reforzado por otros autores. Martinson (2012) mencionó que el bienestar psicológico tiene que ver con “la percepción de la vida del cliente acerca de su bienestar individual, vida social, relaciones interpersonales y un sentido general de bienestar” (p. 12).

2.2.3. Monitorización sistemática de resultados y *feedback* del paciente

En cuanto a la Monitorización sistemática de resultados (*Routine Outcome Monitoring* [ROM]) o retroalimentación sistemática del cliente (*Systematic Client Feedback* [SCF]), es un sistema utilizado para abordar problemas de abandono, deterioro y falta de mejora en relación con el proceso psicoterapéutico (Santangelo et al., 2021). Este tiene el fin de determinar tanto la alianza terapéutica como el bienestar psicológico. Gimeno et al. (2018) refirieron que “consiste en la evaluación periódica e inmediata mediante instrumentos estandarizados del progreso, o su ausencia, a lo largo del curso del tratamiento psicológico” (p. 175).

Este sistema fue utilizado por primera vez desde poco antes del inicio del siglo XXI. El primer ROM que se implementó fue el OQ-45 en el año 1996, como un sistema de *feedback* para medir el progreso del paciente en la terapia (Lambert et al., 2001).

Lambert y Bergin (1994, citado en Lambert et al., 2001) ya mencionaban que a pesar de que los psicoterapeutas reconocen que ensayos clínicos y estudios de efectividad han demostrado que varios tipos de psicoterapia son efectivos para tratar diversos desórdenes psicológicos, estos mismos profesionales son escépticos acerca de la relevancia y el valor del proceso de psicoterapia (o alianza terapéutica) e

investigación de los resultados de las sesiones (bienestar psicológico del paciente), buscando así en cualquier otro lugar una guía para dirigir su práctica clínica.

Recién en agosto del año 2005 el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos Basados en la Evidencia, de la Asociación Americana de Psicología (2006) (APA, por sus siglas en inglés), recomendó que los médicos puedan recolectar y utilizar sistemáticamente datos del *feedback* de sus clientes para informarse acerca del tratamiento.

Con respecto al desarrollo de la problemática a través del tiempo, Bovendeerd et al. (2019) opinaron que hay dos ejemplos claros de reduccionismo en la disciplina académica. El primero es el diagnóstico, que se basa en el trastorno mental y no en el bienestar de la persona. El segundo es el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés), que se centra en lo que funciona para un grupo de pacientes, mientras que descuida las características específicas del paciente y las interacciones específicas entre el paciente y el terapeuta al mismo tiempo. En tal sentido, prosiguieron Bovendeerd et al. (2019), es necesario modificar la terapia según las necesidades individuales específicas, así como fortalecer la alianza terapéutica con el fin de mejorar el progreso del proceso psicoterapéutico.

Por lo tanto, surgió la necesidad de implementar más sistemas ROM para poder determinar tanto el bienestar psicológico del paciente como la alianza terapéutica. Esto debido a que los sistemas ROM identifican las fallas del tratamiento antes de que ocurran, dando así tiempo a los terapeutas a que se pueda restaurar el proceso terapéutico de una forma favorable (Sparks & Duncan, 2018). Fue en medio de este escenario que aparece el PCOMS (Miller et al., 2005).

Antecedentes de la investigación en psicoterapia

En cuanto a la investigación en psicoterapia, inicialmente surgieron dos paradigmas de eficacia: Práctica basada en la evidencia y Evidencia basada en la

práctica. Mientras que el primer paradigma se enfocó en mostrar si un tratamiento específico funciona o no para un paciente con determinado tipo de trastorno o problema, el segundo se enfocó en integrar la experiencia del profesional con la mayor evidencia posible investigada en la práctica rutinaria para poder dar el mejor tratamiento personalizado al paciente. Es decir, mientras que el primer paradigma trató de identificar los “mejores tratamientos”, el segundo buscó qué tratamiento funciona mejor para determinado paciente (Santangelo, 2020).

La práctica basada en la evidencia corre el riesgo de no poder generalizar sus métodos mientras que la evidencia basada en la práctica trata de adaptarse lo mejor posible a la necesidad y proceso del paciente. Mientras el segundo paradigma era el más aceptado y más utilizado, surgieron diversos enfoques como La investigación centrada en el paciente o La psicoterapia informada por retroalimentación (PIR).

Este paradigma y sus enfoques han propuesto diversos métodos de monitoreo, retroalimentación y efectividad en el proceso psicoterapéutico. Algunos de los modelos o instrumentos de este tipo son COMPASS, OQ-45, CORE-OM y PCOMS (Santangelo, 2020). En el caso de los tres primeros instrumentos, tienen más de treinta ítems y se aplican de manera mensual o quincenal. En tal sentido, las investigaciones realizadas con esos instrumentos mayormente han sido con modelos de efectividad y diseños experimentales, cuasi o preexperimentales.

El PCOMS, debido a ser breve y tener solo ocho ítems, permite aplicarse a cada sesión y obtener tanto los resultados como la retroalimentación en tiempo real; incluso es posible discutir los resultados con los pacientes en el mismo momento.

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Alianza terapéutica

Grossl (2016) mencionó que la alianza terapéutica es una asociación entre el terapeuta y el cliente que se compone de tres elementos interrelacionados, que incluyen el sentido de conexión del cliente con el terapeuta, el acuerdo entre el cliente y el terapeuta sobre las metas del tratamiento, y el acuerdo entre el cliente y el terapeuta sobre las tareas de tratamiento.

2.3.2. Bienestar psicológico

Martinson (2012) señaló que este tiene que ver con “la percepción de la vida del cliente acerca de su bienestar individual, vida social, relaciones interpersonales y un sentido general de bienestar” (p. 12).

2.3.3. Monitorización sistemática

Lambert (2010, citado en Gimeno et al., 2018) aseveró que la monitorización sistemática “consiste en la evaluación periódica e inmediata mediante instrumentos estandarizados del progreso, o ausencia, a lo largo del curso del tratamiento psicológico” (p. 175).

2.3.4. *Feedback* del paciente

En cuanto al tratamiento con *feedback* informado (FIT), Rodrigo et al. (2018) señalaron lo siguiente:

Consiste en que el terapeuta solicita información al paciente sobre la alianza terapéutica y sobre los resultados de la atención que recibe, a fin de conocer si las respuestas del paciente se apartan o no de lo que es esperable en una determinada fase del tratamiento y mejorar así su capacidad de respuesta. (p. 2)

2.3.5. Psicoterapia

Pérez et al. (2014) la definieron de la siguiente manera:

La Psicoterapia es el arte de utilizar técnicas y estrategias psicológicas para ayudar a las personas a encontrar soluciones eficaces a sus problemas desde la conversación y la colaboración entre cliente y terapeuta, en una relación marcada por el encuentro y el descubrimiento personal de nuevas maneras de percibir y reaccionar ante la realidad que cada uno de nosotros construye continuamente. (p. 1)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque de la investigación

En la presente investigación se utilizó el método científico, basado en el método hipotético deductivo. Esto debido a que la hipótesis, producto de la problemática, genera predicciones que finalmente serán corroboradas o refutadas (Gianella, 1995).

La investigación fue de enfoque cuantitativo, debido a que es secuencial y probatoria. A lo largo de los diferentes planteamientos acotados se pretendió medir fenómenos, recolectar información, utilizar estadística y probar hipótesis (Hernández et al., 2014).

3.2. Tipo de investigación

En cuanto al tipo, la investigación fue de tipo no experimental y longitudinal. No experimental debido a que no se hizo manipulación de variables y longitudinal porque se midió una variable a lo largo de diferentes momentos en el tiempo (Hernández et al., 2014).

3.3. Nivel de investigación

En cuanto al nivel, la investigación fue descriptiva simple. Esto debido a que pretendió medir o recoger información sobre las variables, ya sea de manera conjunta o independiente, pero no indicar cómo se relacionan (Hernández et al., 2014).

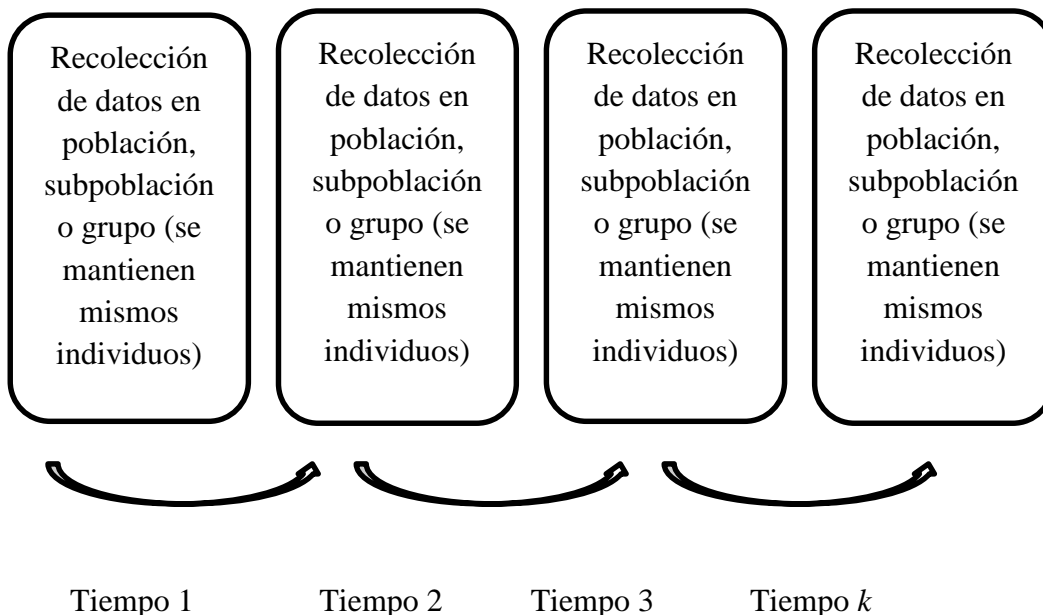
Arnau y Bono (2008) argumentaron que hay diferentes estrategias de analizar los datos en estudios longitudinales, desde las más simples hasta las más complejas. Según estos autores, son las siguientes: “El análisis, por separado, de cada punto o intervalo de tiempo, el análisis univariante de la varianza, el análisis univariante y multivariante de las variables de contraste temporal y, por último, los métodos basados en modelos mixtos” (Arnau & Bono, 2008, p. 35).

En tal sentido, la presente investigación tomó el análisis por separado de cada punto o intervalo de tiempo. Dicho análisis no requiere procedimientos especiales, ya que, según Arnau y Bono (2008), “se trata de considerar el estudio como un diseño de corte transversal, sin implicación alguna sobre el posible efecto del paso del tiempo” (p. 35). Por lo tanto, el presente estudio en ningún momento pretendió correlacionar puntuaciones iniciales y finales o ser un estudio mixto.

También se eligió este tipo de investigación debido a que la investigación descriptiva longitudinal recoge información o datos en diferentes momentos. Por lo tanto, permitió determinar la progresión lineal con respecto a las variables en estudio.

3.4. Diseño de investigación

La investigación usó un diseño de panel, porque se pretendió determinar los cambios a través del tiempo en la misma unidad de análisis. Se evaluó a cinco usuarios a lo largo de cinco sesiones en diferentes momentos en el tiempo (Hernández et al., 2014). El esquema del diseño panel fue el siguiente:



3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

La población del estudio fueron veinte usuarios en atención psicoterapéutica de un centro psicológico privado ubicado en Salamanca, Lima Este. Al haberse desarrollado la problemática de la investigación en confinamiento debido a la Covid-19 y al ser la atención de manera virtual, dicho centro psicológico privado atendió y se mantuvo atendiendo a pacientes de diversas regiones del Perú, que en su mayoría fueron de Lima.

3.5.2. Muestra

La muestra fue no probabilística de tipo intencional por disponibilidad. Esta fue de cinco usuarios del centro psicológico privado, los cuales accedieron a participar de la investigación, cumplieron con los criterios de inclusión y fueron seleccionados por conveniencia debido a economía de tiempo y recursos. Es preciso señalar que al ser una muestra no probabilística de tipo intencional, esta no pretende que los casos sean estadísticamente representativos de la población; más bien se limita la generalización de resultados (Hernández et al., 2014). En tal sentido, como da a entender Ato y Vallejo (2015), no se buscó tener un número de muestra establecido previamente, sino más bien que esta es el resultado del número de personas que acceden a realizar la investigación y cumplen con los criterios de inclusión.

En cuanto a la muestra, se eligió este tipo debido a razones prácticas y metodológicas como facilidad en la accesibilidad a la muestra, presupuesto reducido, mejor seguimiento a la misma, manejo de la logística y menor riesgo de abandono que perjudique la investigación. Esto debido a que, a pesar de ser solo cinco usuarios, el seguimiento a través del tiempo demanda mayores recursos. Por lo tanto, se evaluó a cinco usuarios a lo largo de cinco sesiones.

Para la segmentación por rango de edad mencionada en los resultados se siguió a Mansilla (2000). Estas fueron juventud (18-25 años) y adultez (26-35 años, 36-45 años, 46-55 años y 56-65 años).

3.5.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

A) Criterios de inclusión

En cuanto a los criterios de inclusión, se consideró a todos los pacientes de 18 a 65 años que sean usuarios del servicio psicoterapéutico privado y que solo estén en tratamiento psicológico. También, se incluyó solo a aquellos que sea su primera vez recibiendo dicho tratamiento.

En cuanto a los psicólogos, se incluyó a aquellos que brinden psicoterapia de manera privada, virtual y que manejen los enfoques terapéuticos de la *gestalt* y el cognitivo conductual. Finalmente, por accesibilidad, solo se trabajó con un psicoterapeuta que manejaba ambos enfoques.

B) Criterios de exclusión

En cuanto a los criterios de exclusión, se excluyó a aquellos que abandonaron el proceso psicoterapéutico, a los que tuvieron una atención menor de cinco sesiones y a quienes no quisieron participar de la evaluación o que no completaron el consentimiento informado.

Asimismo, se excluyó a aquellos que estaban recibiendo otro tipo de tratamiento, ya sea psiquiátrico, psicológico, mixto o psicofarmacológico. También, a los que ya habían recibido psicoterapia antes, ya sea con el mismo psicólogo o con otro.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnicas

En cuanto al instrumento, después de pasar por la validación por criterio de jueces, se obtuvo un coeficiente V de Aiken de 1. Esto significa que, después de haber

sido revisado el instrumento por tres jueces, los ítems tienen relevancia en el castellano y en la población peruana y no son ambiguos entre sí. El coeficiente uno (1) hace referencia a la cuantificación más alta en cuanto a la relevancia del contenido, por lo cual no hubo problema en la aplicación del instrumento.

El instrumento PCOMS se aplicó de manera virtual mediante un formulario de Google Forms.

3.6.2. Instrumentos

Tabla 2

Ficha técnica del instrumento PCOMS

Criterio	Descripción
Nombre original	The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS)
Autores	Scott Miller y Barry Duncan
Procedencia	Estados Unidos
Adaptación en español	Adaptación española de la Outcome Rating Scale (ORS) y de la Session Rating Scale (SRS) por Rodrigo et al. (2018).
Año de adaptación	2018
Administración	Individual
Aplicación	De 13 años a más
Duración	5 minutos
Escalas	2
Ítems	8

Significación	Evaluar niveles del bienestar psicológico del paciente a través de la escala ORS.
	Evaluar niveles de la alianza terapéutica a través de la escala SRS 3.0.

Nota. Ficha técnica del instrumento con su adaptación española.

A) Escala de evaluación de resultados (ORS)

Esta escala mide el bienestar psicológico. Está conformada por cuatro ítems, mide dimensiones referidas al malestar individual o sintomático, interpersonal, social y global. Esta escala se aplicó al inicio de cada sesión. Esta escala, al igual que la SRS, se responde usando una escala visual analógica de 10 centímetros. Para su corrección, se dividen los 10 centímetros en 40 puntos de dos milímetros y medio. El resultado es favorable cuando el punto de corte, promedio de los cuatro ítems, es mayor o igual que 25 puntos.

Para la presente investigación, debido a que se usó un Google Forms, se reemplazó la escala análoga por una escala numérica de 10 puntos, donde 1 representa el nivel más bajo de la dimensión y 10 el nivel más alto. Al medirse esta escala con punto de corte, su adaptación no generó ningún problema, ya que cada número en la escala numérica obtiene un valor de cuatro puntos, igualándose así a los cuarenta puntos en la escala visual analógica.

B) Escala de evaluación de la sesión (SRS 3.0)

Esta escala mide la alianza terapéutica. También está conformada por cuatro ítems, y se basa en el modelo de Bordin (1979) de medida de la alianza terapéutica y un constructo relacionado denominado teoría del cambio del cliente (Duncan et al., 2004). Esta escala mide dimensiones referidas a la calidad del vínculo terapéutico, objetivos y temas de la sesión, el enfoque y método del terapeuta y una escala global

sobre la utilidad de la sesión. La escala se aplicó al final de cada sesión. El resultado es favorable cuando el punto de corte, promedio de los cuatro ítems, es mayor o igual de 36 puntos. En cuanto a la adaptación al Google Forms, se aplicaron los mismos parámetros de la escala ORS mencionados anteriormente.

3.7. Técnicas de recolección y análisis de datos

En cuanto a la recolección de datos, en primer lugar, se coordinó con la sede respectiva para la presentación del proyecto. Una vez aceptado el proyecto, se hizo entrega de la Ficha de datos generales, para la selección de participantes que cumplan con los criterios de inclusión, y se entregó el consentimiento informado a aquellos que deseen ser parte del estudio. En segundo lugar, en cuanto al llenado de los test, se coordinó de manera virtual con el psicoterapeuta de sede para poder monitorear el llenado de las pruebas semanalmente al inicio y al término de las sesiones. Las respuestas de las pruebas fueron registradas a través Google Forms. Finalmente, una vez obtenida la aplicación de las pruebas de los cinco pacientes a lo largo de las cinco sesiones, se procedió al análisis de datos.

El análisis de datos se hizo a través del *software* estadístico SPSS. Los resultados se exponen mediante gráficos de líneas aplicando una estadística descriptiva. Debido a que se usó un diseño de panel, se pudo ver las diferencias a través del tiempo, en los cinco momentos diferentes de recogida de información.

3.8. Aspectos éticos

La investigación tuvo la aprobación de un comité de ética. El estudio cumplió en todo momento con los aspectos éticos considerados en el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú.

Se tomó en consideración lo siguiente: el consentimiento informado, voluntariedad en la participación, total anonimidad para con los participantes, total

confidencialidad a los datos proporcionados, y el derecho al abandono de la investigación en cualquier momento que los participantes deseen.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

En el presente apartado se mencionan los resultados de la aplicación del instrumento PCOMS, el cual fue utilizado para determinar los niveles del bienestar psicológico del paciente y los niveles de la alianza terapéutica en cinco pacientes a lo largo de cinco sesiones. Se muestra la estadística descriptiva de las escalas al total de las sesiones; la estadística descriptiva de las subescalas; los resultados de los casos utilizando gráficos de líneas debido al diseño de la investigación, que fue el diseño de panel. Estos revelan la progresión favorable para el proceso psicoterapéutico. Se presentan las figuras como casos, para mantener el anonimato de los participantes.

En las Tablas 3 a 7 se observa el rango de edad, sexo de los pacientes y la estadística descriptiva del total de las sesiones.

Tabla 3

Rango de edad de los pacientes (N= 5)

Rango de edad	<i>f</i>	%
18 – 25	1	20
26 – 35	2	40
36 – 45	1	20
56 – 65	1	20

Nota. Se muestran los rangos de edad y no la edad exacta, para guardar la anonimidad. Para la segmentación por rango de edad se siguió a Mansilla (2000).

Tabla 4*Sexo de los pacientes (N= 5)*

Sexo	<i>f</i>	%
Femenino	4	80
Masculino	1	20

Nota. Se observa el sexo de los pacientes a los cuales se les ha aplicado el PCOMS.

Tabla 5*Estadística descriptiva del total de las sesiones*

Escala	Media	Error típico	Mediana	Moda	Desviación estándar	Varianza	Curtosis	Coeficiente de			
								asimetría	Rango	Mínimo	Máximo
ORS	26.6	1.6733201	27	33	8.3666003	70	-0.849683	-0.413597	29	9	38
SRS	36.24	1.1139719	39	40	5.5698594	31.023333	3.4477169	-1.801269	22	18	40

Nota. Se observa la estadística descriptiva aplicada al total de las 25 sesiones, cinco por paciente.

Tabla 6*Estadística descriptiva de las subescalas de la ORS*

Subescala	Media	Desviación estándar
Individual	6.28	2.20
Interpersonal	6.68	2.15
Social	7.04	2.26
General	6.6	2.10

Nota. En la tabla seis se observa la estadística descriptiva del total de las sesiones aplicada a las subescalas de la ORS.

Tabla 7*Estadística descriptiva de las subescalas de la SRS*

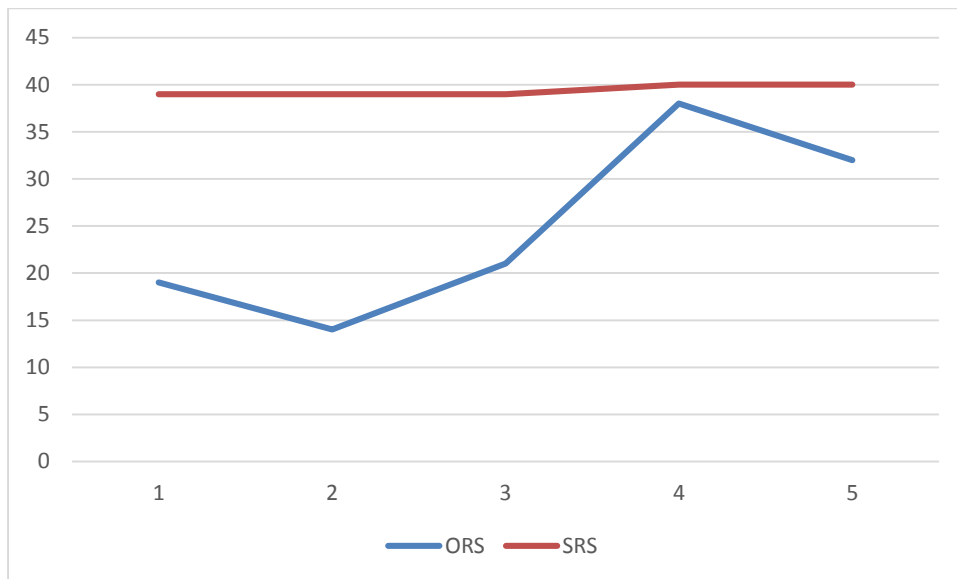
Subescala	Media	Desviación estándar
Relación	9.04	1.54
Objetivos	9.12	1.45
Enfoque	8.96	1.48
General	9.12	1.39

Nota. En la tabla siete se observa la estadística descriptiva del total de las sesiones aplicada a las subescalas de la SRS.

En las Figuras 1 a 5 se observarán dos líneas. La ORS hace referencia a la escala de calificación de resultados, es decir, a la evaluación de los niveles del bienestar psicológico del paciente. La SRS hace referencia a la escalada de calificación de la sesión, es decir, a los niveles de la alianza terapéutica.

Figura 1

Aplicación del PCOMS al caso 1



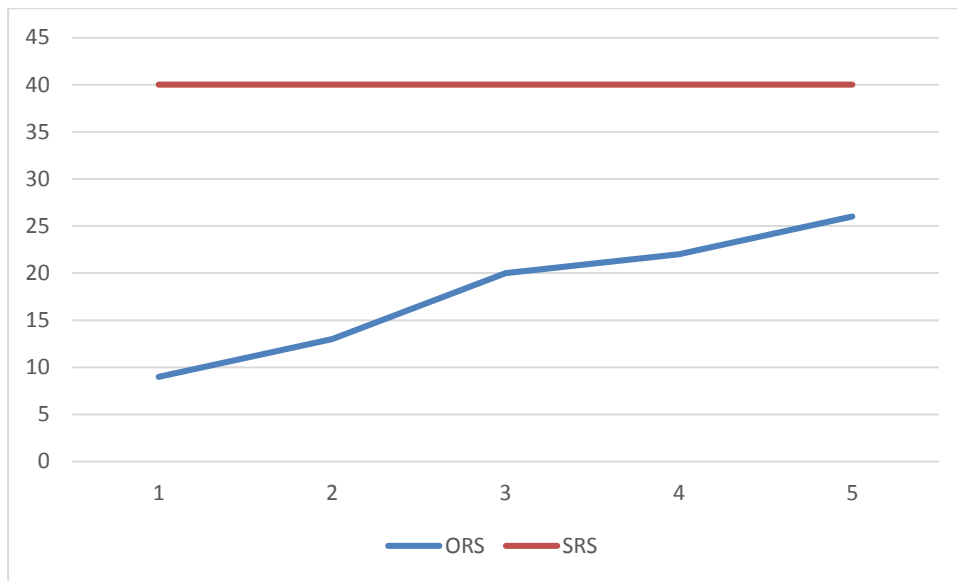
Nota. El gráfico de líneas representa las puntuaciones del instrumento en ambas escalas a lo largo de las cinco sesiones.

El caso 1 corresponde a un paciente de sexo femenino, rango de edad de 18 a 25 años. En cuanto a la ORS, se observó que el paciente se mantuvo en la población clínica hasta la tercera sesión, debido a que puntuó por debajo del punto de corte. No obstante, llegó a la quinta sesión con un puntaje de 32, lo cual fue favorable para la ORS.

En cuanto a SRS, en todo momento se mantuvo por encima del punto de corte siendo favorable.

Figura 2

Aplicación del PCOMS al caso 2

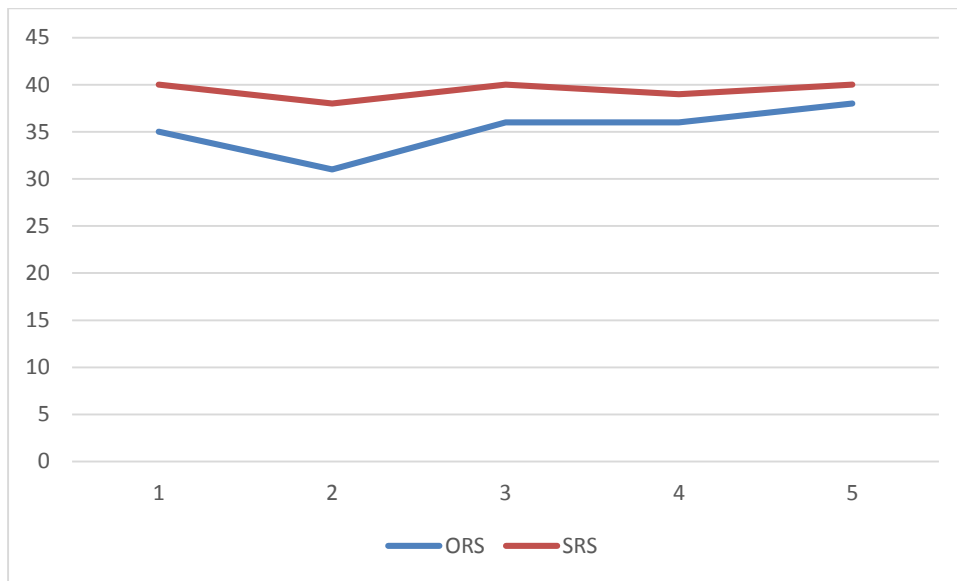


Nota. El gráfico de líneas representa las puntuaciones del instrumento en ambas escalas a lo largo de las cinco sesiones.

El caso 2 se trata de un paciente de sexo femenino, rango de edad de 56 a 65 años. Se observó que la ORS aumentó de manera progresiva conforme al transcurso de las sesiones, siendo favorable en la quinta sesión. En cuanto a la SRS, esta se mantuvo favorable en todo el proceso.

Figura 3

Aplicación del PCOMS al caso 3

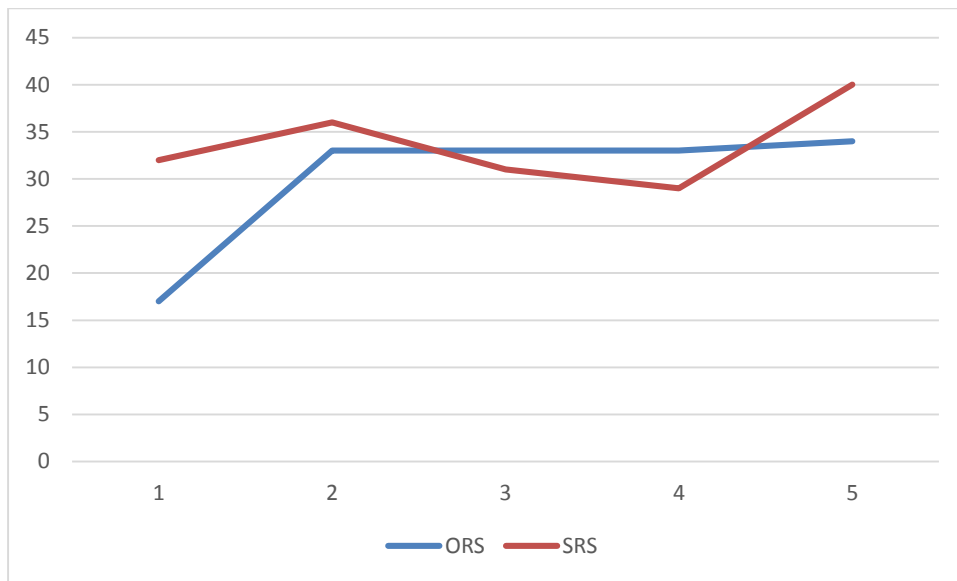


Nota. El gráfico de líneas representa las puntuaciones del instrumento en ambas escalas a lo largo de las cinco sesiones.

El caso 3 corresponde a un paciente de sexo femenino, rango de edad de 26 a 35 años. Se observó que ambas escalas fueron favorables a lo largo de las cinco sesiones.

Figura 4

Aplicación del PCOMS al caso 4

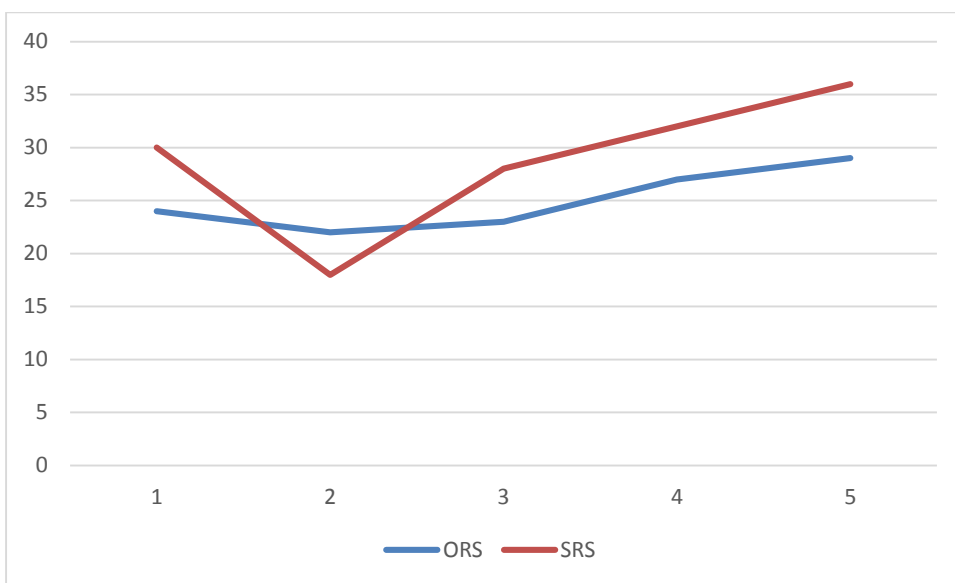


Nota. El gráfico de líneas representa las puntuaciones del instrumento en ambas escalas a lo largo de las cinco sesiones.

En el caso 4 se muestra el proceso de un paciente de sexo masculino, rango de edad de 26 a 35 años. Se observó que la ORS fue favorable a partir de la segunda sesión. Por otro lado, la SRS fluctuó en puntajes, siendo el puntaje favorable en la segunda y quinta sesión.

Figura 5

Aplicación del PCOMS al caso 5



Nota. El gráfico de líneas representa las puntuaciones del instrumento en ambas escalas a lo largo de las cinco sesiones.

El caso 5 corresponde a un paciente de rango de edad 36 a 45 años, de sexo femenino.

Se pudo observar que tanto la ORS como la SRS decayeron de manera independiente una de la otra en la segunda sesión; no obstante, terminaron siendo favorables. Este caso se explicará a detalle en la discusión.

4.2. Discusión

A lo largo del estudio se ha argumentado sobre la importancia de la aplicación del PCOMS como instrumento y también se mostraron cinco casos en los cuales se ha evidenciado cómo es que los psicólogos clínicos pueden aplicar el instrumento y lograr una aproximación al trabajo de evidencia basada en la práctica mediante la monitorización del bienestar psicológico y *feedback* de la alianza terapéutica.

Los gráficos de líneas representan la importancia de ver el desarrollo del paciente en ambas áreas sin asumir supuestos, sino más bien basados en la evidencia de la evolución del bienestar psicológico y percepción del paciente hacia la alianza

terapéutica. En tal sentido, el estudio ha tratado de determinar los niveles del bienestar psicológico y la alianza terapéutica en un lapso de tiempo específico.

A continuación, se discuten los puntajes de la ORS, que se refieren al bienestar psicológico. Después, se discuten los puntajes de la SRS, que se refieren a la alianza terapéutica. Finalmente, se analizan los casos, la progresión favorable de las escalas y los inconvenientes presentados.

En cuanto a la estadística descriptiva, en la escala ORS, la media del puntaje total fue de 26.60, $DE = 8.36$, en la subescala individual 6.28, $DE = 2.20$, interpersonal 6.68, $DE = 2.15$, rol social 7.04, $DE = 2.26$, general 6.6, $DE = 2.10$. Los resultados fueron levemente superiores a los de Santangelo et al. (2021), quienes obtuvieron una media total de 22.06, $DE = 9.88$. Santangelo et al. (2021) también analizaron la media y desviación estándar por cada subescala de la ORS. Estas fueron: “en la subescala Individual 4.96, $DE = 2.59$, Interpersonal 5.66, $DE = 2.63$, Rol Social 5.97, $DE = 4.31$, General 4.49, $DE = 2.66$ ” (Santangelo et al., 2021, p. 172). Los mismos autores encontraron un “Índice de Cambio Confiable” (ICC) de 5.61, lo cual indica que si se alcanza un cambio de 5.61 puntos se trata de un cambio significativo. Este estuvo cerca al ICC del estudio original, que es de 6 puntos, y aunque el presente estudio no tuvo el objetivo de calcular el ICC, todos los casos presentan una mejora de 6 puntos (Miller et al., 2003). Gimeno et al. (2019) al aplicar la escala ORS a 42 pacientes con un aproximado de 7.5 sesiones de intervención, obtuvieron una media de 13.59, $DE = 8.03$ en la primera sesión y 25.48, $DE = 9.63$ en la última sesión. Gimeno et al. (2019) también presentaron la comparación entre cuatro categorías con el número de clientes, siendo la primera el ICC con una media de 14, $DE = 33.3$, que hizo referencia a aquellos que superaron los 6 puntos de cambio. En segundo lugar, el “Cambio Clínicamente Significativo” con una media de 17, $DE = 40.5$, que hizo referencia a aquellos que

superaron los 6 puntos y en su sesión final puntuaron más de 25 en la ORS. En tercer lugar, el “No cambio”, con una media de 10, $DE = 23.8$, que hizo referencia a mejoras o deterioros en clientes que no alcanzan los 6 puntos de diferencia. Finalmente, la categoría de “Deterioro” con una media de 1, $DE = 2.4$, que incluye a aquellos cuyos puntajes en la ORS disminuyen 6 o más con respecto a la primera sesión. Gimeno et al. (2019) demostraron que “el 40,5% lograron cambios clínicamente significativos, 33,3% cambiaron de manera confiable, 23,8 % no experimentó ningún cambio y el 2,4% de los clientes se deterioró” (p. 136). Es decir, el 73.8% o 31 pacientes demostraron un cambio confiable. En el presente estudio no se experimentaron casos de “No cambio” o “Deterioro”. En suma, la escala ORS ha demostrado ser útil y práctica tanto en la presente investigación como en los estudios de referencia.

En cuanto a la SRS, la media del puntaje total fue de 36.24, $DE = 5.56$, en la subescala relación 9.04, $DE = 1.54$, objetivos 9.12, $DE = 1.45$, enfoque 8.96, $DE = 1.48$, y general 9.12, $DE = 1.39$. Santangelo et al. (2021), en su evaluación final con una muestra de 28 usuarios, obtuvieron una media total de 36.40, $DE = 4.13$, en la subescala relación 9.15, $DE = 1.02$, objetivos 8.94, $DE = 1.41$, enfoque 9.21, $DE = 1.08$, y general 9.15, $DE = 1.08$. Santangelo et al. (2021) presentaron puntajes estables en las distintas administraciones. En general, los puntajes obtenidos por Santangelo et al. (2021) se asemejan a los obtenidos en el presente estudio.

Con respecto a los casos 1 y 2, rango de edad de 18 a 25 y 56 a 65 años, ambos pacientes de sexo femenino tuvieron una percepción favorable hacia el vínculo terapéutico. Esto se puede observar en las Figuras 1 y 2. Pero como no se pueden generalizar estos casos, se observa en el estudio de referencia de Santangelo et al. (2021) que en su muestra de 167 pacientes no se encontraron diferencias respecto del género ni asociación entre los puntajes y la edad de los pacientes tanto en la escala ORS

como en la SRS. Por lo tanto, se debe tener en cuenta que algunos pacientes podrían mostrar incomodidad en el relleno constante de dicha prueba o simplemente marcar el puntaje más alto en la escala SRS para obviarla. No obstante, como en cualquier medida de autoinforme, y en especial con los jóvenes, deben ser consideradas aquí la deseabilidad social, la simulación y las características propias de personalidad, entre otras variables.

En cuanto a los casos 3 y 4, rango de edad de 26-35 años, a la hora de puntuar las sesiones en la escala SRS, estos involucraron variables o cuestiones que las atribuyeron a ellos mismos. Por ejemplo, mencionaron: “A pesar de que el doctor me explica las cosas de manera clara, a veces me quedan dudas de cómo solucionar las cosas”, “No sé qué decir, ni qué hablar. Tengo muchos temas que se me olvidan”, “Reconozco que el doctor es bueno, pero aún no sentía mucha confianza para contarle cierto tema”, “El doctor no tiene la culpa de que califique así la sesión, creo que es más un problema mío”. En cuanto a los temas que no se atribuyen a ellos mismos está la preferencia por la psicoterapia de manera presencial. Se evidenció que aplicar el PCOMS puede ayudar al paciente a que reciba *feedback* y pueda pensar sobre su propio proceso, es decir, qué funciona y qué no funciona para ellos, hecho que quizás sería complicado hacer en la misma sesión o por su cuenta. Por ejemplo, en cuanto al caso 4, paciente que se le olvidaban los temas, se le recomendó hacer una lista de temas durante la semana, siendo el primero el que más incomodidad le causaba; de esa manera, él podría proponer los temas que se le olvidaban. Se observó que, más allá de la puntuación analógica en sí, si la aplicación del instrumento incluye las respuestas de manera verbal se puede obtener más claridad sobre qué funciona para el proceso psicoterapéutico. Esto guarda relación con lo mencionado por Gimeno et al. (2019) al

señalar que “PCOMS no es solo un sistema de monitoreo para informar al terapeuta sino que también requiere de discusión y colaboración con los clientes” (p. 136).

En relación al quinto caso, se mencionó en el análisis descriptivo que en la segunda sesión tanto la ORS como la SRS decaen de manera independiente. Esto debido a que el paciente llegó puntuando 22 en la escala ORS, lo que indica un punto de corte clínico y es el menor de las cinco sesiones. En la misma sesión, se generó un *impasse*, pues el paciente refirió que “al doctor le falta más empatía para comunicar” y que “salió de la sesión más deprimida de lo que estaba”. Se mencionó que ambas escalas decaen de manera independiente porque se esperaría que un *impasse* en el vínculo terapéutico disminuya el bienestar psicológico o la experiencia percibida, lo cual sucedió según lo mencionado por el cliente, pero en este caso la recogida de información del bienestar psicológico se dio antes que la alianza terapéutica. En cuanto al desarrollo del caso, gracias a la aplicación del instrumento, se pudo subsanar esta observación a tiempo, antes de que se experimente una ruptura de la alianza terapéutica o un abandono. Esto fue posible gracias a la aplicación del instrumento por parte de un tercero, en el cual el paciente no sintió malestar al expresar su opinión, y también al registro de la respuesta verbal cuando el instrumento marcó un punto de corte clínico muy inferior al permitido o esperado. Esto también hubiera sido posible tal cual lo hizo Bovendeerd et al. (2019), quienes entrenaron a los psicoterapeutas de su estudio para proporcionar y recibir *feedback* negativo. Este señala que para reducir el riesgo de discapacidad social por parte de los clientes, se entrena a los psicoterapeutas a provocar y recibir *feedback* negativo, ya que a mayor medida de *feedback* recibido, mayores adaptaciones pueden ser hechas y, por lo tanto, ajustar la terapia a las necesidades del cliente. Esto guarda relación con lo mencionado por Duncan (2018), quien hace énfasis en poner la alianza como el filtro central de todas las palabras y acciones. Menciona

que esto no supone que no se pueda desafiar o ser directo con los clientes, sino más bien que se debería encontrar el momento y tiempo ideal y preguntarse uno mismo si lo que se dice y se hace en el momento construye o arriesga la alianza terapéutica.

Para concluir el quinto caso, tal cual se observó en la Figura 5, el psicoterapeuta pudo hablar con el paciente, subsanar las observaciones, mejorar el vínculo terapéutico y reformular los métodos y enfoques de la sesión. Una vez más, se resalta la importancia de no tener supuestos en la práctica psicoterapéutica, sino más bien trabajar con evidencia basada en la práctica; de lo contrario, se podrían estar obviando aspectos importantes para una buena alianza terapéutica. Tal cual mencionó Gimeno et al. (2018), se ha evidenciado que el tomar tiempo para aplicar el instrumento propicia maximizar los resultados de bienestar psicológico y minimizar la ruptura de la alianza terapéutica.

En suma, el instrumento ha mostrado ser útil y práctico en la aplicación de la psicología clínica en el consultorio en el cual se realizó el estudio. Esto se evidenció al analizar cada momento de aplicación del instrumento y también viendo el marco general de puntuaciones. Por lo tanto, se refuerza el argumento de Santangelo et al. (2021), quien aseveró que el instrumento puede usarse de manera práctica y en diversos casos. Su practicidad permite que la recogida de información sea ágil y precisa. En la aplicación de la investigación no se mostraron abandonos en los casos, sino más bien hubo satisfacción por parte de los pacientes en ser escuchados y tener en cuenta su perspectiva. Esto guarda relación con lo mencionado por Bovendeerd et al. (2019), concluyendo que el PCOMS efectivamente puede reducir los números de abandonos y/o incrementar la satisfacción del paciente.

En cuanto a mejoras en la metodología, el estudio podría ser de mayor beneficio con una muestra que sea estadísticamente significativa de la población, pero esto

requeriría más recursos, logística, tiempo y riesgo en la posible pérdida de la muestra, hecho que se ha presentado en los estudios de referencia. Así mismo, considerar tanto a centros psicológicos públicos como privados, ya que al solo seleccionar un centro privado se corre el riesgo de deseabilidad social o de agrado por parte de los pacientes. Eso involucraría trabajar con diferentes terapeutas de diferentes enfoques y, por lo tanto, habría más representatividad de la labor psicoterapéutica como tal.

También, se observó que la investigación podría ser de mayor beneficio si es que se registraran algunas o todas las respuestas del PCOMS de manera verbal, en especial de la escala SRS, ya que la escala ORS se puede discutir en la sesión. En relación con el registro de las respuestas, se observó que cuando se aplica el instrumento de manera presencial se tienen mayores facilidades en la comunicación, pero esto se complica cuando se aplica de manera *online*, ya que algunos pacientes, aunque responden la escala ORS antes del inicio de la sesión, no responden la escala SRS al finalizar la sesión, sino minutos o, en algunos casos, horas después. También, debido a que el instrumento que se aplica mediante un link de Google Forms no siempre da la posibilidad de registrar estas respuestas verbales. Por lo cual se recomienda agregar un espacio para que los pacientes puedan escribir sus opiniones o que un tercero llame a los pacientes a preguntarles por sus respuestas, tal como se hizo en el presente estudio. Para más facilidad, se recomienda tener una cuenta de Zoom con diferentes salas, en la cual el paciente, terminando su sesión con el psicoterapeuta, pueda responder la escala SRS con un tercero en otra sala. Eso sería útil, pero demandaría de una logística mayor. La otra opción es que el terapeuta sea capacitado en la aplicación del PCOMS, que no solo implica conocer el instrumento sino, como ya se mencionó, estar abierto a proporcionar y recibir *feedback* negativo.

Las fortalezas del estudio son la utilidad y practicidad del instrumento, el cual aplica el sistema de monitorización y *feedback*. También, la evaluación periódica de la evolución del paciente y el tomar en cuenta su percepción hacia el proceso psicoterapéutico.

En relación con las debilidades, aunque el instrumento es útil y práctico en su aplicación, para estudios afines se recomienda una mayor población, ya que suelen haber pacientes que por diversos motivos, independientes de la monitorización sistemática o del *feedback*, suelen abandonar el proceso y no llegan a un mínimo de cinco sesiones. También, algunos pacientes, por más que el instrumento tiene ocho ítems, suelen mostrar incomodidad en la aplicación constante del instrumento y prefieren obviarlo. En tal sentido, el instrumento puede no ser aplicable a toda la población, sino a una población selectiva, clínica y que no sienta incomodidad en ser evaluada de esa manera.

CONCLUSIONES

1. Los resultados indican que el PCOMS es un instrumento útil que permite monitorizar la evolución del bienestar psicológico del paciente y obtener *feedback* de la percepción del paciente hacia la alianza terapéutica.
2. Al comparar los datos normativos de la presente investigación con los estudios de referencia, se observó que los datos son levemente superiores a dichos estudios. En los cinco casos, ambas escalas terminan con un puntaje superior al punto de corte, considerándose así población no clínica y con una buena percepción hacia la alianza terapéutica.
3. En la aplicación del PCOMS, tanto la ORS como la SRS presentaron progresión positiva en el puntaje, que se observó en el gráfico de líneas, lo cual indica que el instrumento, además de ser práctico, es beneficioso para la progresión favorable del bienestar psicológico y de la alianza terapéutica.
4. La importancia de la aplicación del instrumento está en que trabajar con evidencia basada en la práctica permite conocer qué prácticas son eficaces a la hora de aplicar la psicoterapia.
5. Se mostraron casos en los cuales se evidenció cómo la aplicación del PCOMS ayudó a la mejora del proceso psicoterapéutico y a la prevención de ruptura de la alianza terapéutica o abandono.
6. El estudio también ha demostrado la importancia de tener registros de la evolución del bienestar psicológico del paciente y conocer la percepción del paciente hacia el vínculo terapéutico. Pero, más allá de la puntuación analógica en sí, se demostró que si la aplicación del instrumento incluye las respuestas de manera verbal, se puede obtener más claridad sobre qué funciona para el proceso psicoterapéutico.

7. En cuanto a las debilidades, debido a la muestra por conveniencia, no es posible la generalización de la presente investigación. Los altos puntajes podrían deberse a la consulta privada o a la personalidad del único terapeuta. No obstante, se han demostrado los beneficios del uso del instrumento, la practicidad y simpleza de su aplicación.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la divulgación y uso del instrumento en la práctica profesional del psicoterapeuta. El instrumento es útil, práctico y favorable para el proceso psicoterapéutico. Puede ser aplicado tanto de manera presencial como virtual, para así evitar los abandonos prematuros o rupturas de la alianza terapéutica.
2. Se recomienda para futuros estudios una muestra más amplia y representativa. Aunque los estudios de referencia han demostrado pérdida en la muestra a través del tiempo, será interesante observar las mediciones con muestras mayores.
3. En cuanto a estudios futuros, para investigaciones de licenciatura, se recomienda la realización de una investigación correlacional entre las variables del instrumento; un estudio cualitativo que registre las respuestas verbales de las dos escalas analógicas del instrumento o un estudio mixto.
4. Respecto a estudios de maestría o doctorado, se recomienda un estudio aplicando el instrumento con diferentes enfoques y métodos psicoterapéuticos, para saber cuáles son los mejores percibidos y qué métodos son menos preferidos por los usuarios. Así mismo, observar qué enfoque psicoterapéutico tiene la mejora favorable más rápida o efectiva en el proceso psicoterapéutico.

REFERENCIAS

- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109001>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Arias, W. (2015). Carl R. Rogers y la terapia centrada en el cliente. *Avances en Psicología*, 23(2), 141-148. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/158>
- Arnau, J., & Bono, R. (2008). Estudios longitudinales: modelos de diseño y análisis. *Escritos de Psicología*, 2(1), 32-41. <https://www.researchgate.net/publication/28248513>
- Ato, G., & Vallejo, S. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bovendeerd, B., De Jong, K., Colijn, S., De Groot, E., Hafkenscheid, A., Moerbeek, M., & De Keijser, J. (2019). Systematic client feedback to brief therapy in basic mental healthcare: study protocol for a four-centre clinical trial. *BMJ Open*, 9(e025701), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025701>
- Castro, A. (diciembre de 2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 43-72. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419066004>
- Delgado, F., & Silva, K. (2022). *Asociación entre el tiempo de permanencia de inmigrantes venezolanos y la autopercepción de síntomas de estrés, relaciones interpersonales y rol social. Lima, Perú 2018-2019: estudio de tipo mixto* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/10757/655167>
- Duncan, B. (2 de octubre de 2018). Reliance on the alliance, part 3: The tasks of therapy. *Better Outcomes Now*. <https://blog.betteroutcomesnow.com/reliance-on-the-alliance-part-4-the-tasks-of-therapy>
- Duncan, B., Miller, S., & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. Jossey-Bass.

- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J. Claud, D., Reynolds, L., Brown, J. & Johnson, L. (2003). The session rating scale: preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
<https://www.researchgate.net/publication/280015889>
- Freud, S. (1991). Sobre la iniciación del tratamiento: nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis [1913]. En J. Strachey (comp.), *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. 12 (pp. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gianella, A. (1995). *Introducción a la epistemología y a la metodología de la ciencia*. Editorial Universidad Nacional de La Plata.
- Gimeno, A., Barrio, A. & Prado, J. (2018). Monitorización sistemática y *feedback* en psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 174-182.
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>
- Gimeno, A., Prado, J., Inchausti, F., Barrio, A., Álvarez, M., Duncan, B. (2019). Systematic Client Feedback: A naturalistic pilot study. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.04.005>
- Grossl, A. (2016). Evaluating the effectiveness of a continuous client feedback system for parolees referred to treatment: Benchmarking treatment outcomes. *Theses & Dissertations*, (46). <http://dx.doi.org/10.13023/ETD.2016.091>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la Covid-19 sobre la salud de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.
<https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3203>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). México D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Lambert, M., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S. & Hawkins, E. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcome enhance? *Psychotherapy Research*, 11(1), 49-68. <https://doi.org/10.1080/713663852>
- Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 105-116. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v3i2.4999>
- Martinson, D. (2012). *Therapist's use of continuous client feedback to influence therapy* [Trabajo de doctorado, University of South Carolina]. <https://scholarcommons.sc.edu/etd/830/>
- Miller, S., Duncan, B., Brown, J., Sparks, J. & Claud, D. (2003). The outcome rating scale: a preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
<https://www.researchgate.net/publication/242159752>

- Miller, S., Duncan, B., Sorrell, R. & Brown, G. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 199-208. <https://doi.org/10.1002/jclp.20111>
- Oblitas, L. (coord.). (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (3a ed.). México: Cengage Learning.
https://www.academia.edu/38159809/Oblitas_Psicología_de_la_Salud
- Ortiz, E., Meneses, A., Trujillo, A., Núñez, C., Acevedo, M., Albarracín, Á., Dominguez, S. (2021). Psychometric properties of Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) in Colombia and Peru. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(3), 1-22. <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3056>
- Paz, C., Mascialino, G., Proaño, K. & Evans, C. (2021). Psychological intervention change measurement in Latin America: Where from? Where to? *Psychotherapy Research*, 31(1), 132-141. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1750728>
- Pérez, L., Parra, E., & Espinosa, I. (2014). *Introducción a la psicoterapia*. México: Universidad Autónoma de Nayarit.
https://www.ecorfan.org/manuales/manuales_nayarit/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20Psicolog%C3%ADa%20V6.pdf
- Rodrigo, I., R., Hernández, A., Díaz, S., Fernández, J., Andrade, N., Fernández, A. (2018). *Adaptación española de la Outcome Rating Scale (ORS) y de la Session Rating Scale (SRS): primeros resultados*. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.30234.29120>
- Rodríguez, M., Agostinelli, J., Daverio, R., Benedicto, G., Cocola, F., Jones, G., Calligaro, C., & Díaz, M. (julio-diciembre de 2021). Psicoterapia online en tiempos de Covid-19: adaptación, beneficios, dificultades. *Archivos de Medicina*, 21(2), 548-555. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1291870/20-covid-psicoterapia-online-en-tiempos.pdf>
- Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia, vol. 28. Barcelona: Paidós.
- Santangelo, P. (2020). Psicoterapia informada por retroalimentación. *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*. <https://www.researchgate.net/publication/344461467>
- Santangelo, P., Conde, K., Schupp, H., & Paoloni, N. (2021). Evaluación en psicoterapia: propiedades psicométricas de la versión argentina de la Escala de calificación de resultados y la Escala de calificación de sesiones. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 165-180. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.503>

- Sparks, J., & Duncan, B. (2018). The partners for change outcome management system: a both/and system for collaborative practice. *Family Process*, 57(3), 800-816. <https://doi.org/10.1111/famp.12345>
- Villanueva, R., Domínguez, R., Salazar, M., & Cuba, M. (2020). Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia Covid-19. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(3), 337-341. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i3.18952>
- Von Bergen, A. & De la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20-2(38), 161-176. <https://www.researchgate.net/publication/263314562>

ANEXOS

Anexo 1: Acta de aprobación del Comité de Ética



Huancayo, 30 de diciembre de 2022

OFICIO N° 240-2022-CE-FH-UC

Señor(es):

BACH. JHONATAN SCHEELJE RAMIREZ

Presente-

EXP. 240- 2022

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: **“MONITORIZACIÓN SISTEMÁTICA Y FEEDBACK DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PRIVADA EN LIMA, 2023”** ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atte,




Claudia Rios Cataño
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Humanidades
Presidenta
Universidad Continental

Anexo 2: Adaptación española del instrumento
Escala de Calificación de Resultados (ORS)

Nombre _____ Edad (Años): ____ Género: _____
Sesión N° ____ Fecha: _____
¿Quién completa esta escala? Por favor, indique: Usted ____ Otra persona _____
En caso de que sea por otra persona, ¿cuál es su relación con ella? _____

Considerando la última semana, incluido hoy, ayúdenos a comprender cómo se ha sentido en las siguientes áreas de su vida. Marque a la izquierda representan niveles bajos, mientras que marcas a la derecha indican niveles altos. *Si usted está completando esta escala por otra persona, por favor hágalo según crea que le está yendo a esa persona.*

ATENCIÓN: PARA LA PRECISIÓN DE PUNTUACIÓN, IMPRIMA LA ESCALA Y CONFIRME QUE LAS LÍNEAS MIDEN 10 CM. EN CASO CONTRARIO, MODIFIQUE LAS LÍNEAS HASTA QUE TENGAN LA LONGITUD CORRECTA. DESPUÉS BORRE ESTE MENSAJE.

Individualmente

(Bienestar personal)

I-----I

En lo Interpersonal

(Familia, relaciones cercanas)

I-----I

Socialmente

(Trabajo, Escuela, Amistades)

I-----I

En General

(Sentido general de bienestar)

I-----I

Better Outcomes Now

www.betteroutcomesnow.com

© 2000, Scott D. Miller y Barry L. Duncan
Traducción por: Rafael S. Harris, Jr., Barbara L. Hernandez, y Elena Gismero González

Escala de Calificación de la Sesión (SRS versión 3.0)

Nombre _____	Edad (Años): _____
ID # _____	Género: _____
Sesión N° ____ Fecha: _____	

Por favor, indique cómo fue la sesión de hoy poniendo una marca vertical en la línea que más cerca se aproxime a su experiencia

Relación		
No me sentí escuchado/a, comprendido/a, ni respetado/a.	-----I	Me sentí escuchado/a, comprendido/a y respetado/a.
Metas y Temas		
No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.	-----I	Trabajamos y hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.
Enfoque o Método		
El enfoque del/de la terapeuta no encaja bien conmigo.	-----I	El enfoque del/de la terapeuta encaja bien conmigo.
En General		
En la sesión de hoy faltaba algo.	-----I	En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí.

Better Outcomes Now

www.betteroutcomesnow.com

© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, y Lynn Johnson
 Traducido por Rafael S. Harris, Jr., Barbara L. Hernandez, y Elena Gismero González

Anexo 3: Consentimiento informado

Documento de presentación de investigador para participación en intervención psicoterapéutica: Participante adulto

Soy JHONATAN SCHEELJE RAMIREZ, estudiante de la Facultad de Psicología de la UC identificado con DNI 73377615. Actualmente estoy realizando un trabajo de investigación / como parte del curso TESIS para obtener el GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA, bajo la supervisión del profesor / asesor EDUARDO ANDRÉS VÁSQUEZ CARRASCO.

La investigación tiene como finalidad CONOCER EL PROCESO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ALIANZA TERAPÉUTICA EN UN CONTEXTO DE PSICOTERAPIA.

Considerando su FICHA DE DATOS GENERALES, usted ha sido seleccionado como posible participante en este proceso de investigación. Si usted accede a participar se le solicitará PARTICIPAR ANTES Y DESPUÉS DE LA SESIÓN EN EL LLENADO DE UNA ENCUESTA DE 4 PREGUNTAS EN RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CON EL VÍNCULO TERAPÉUTICO. ESTO SE REALIZARÁ A LO LARGO DE 5 SESIONES. ESTAS ENCUESTAS SERÁN MANTENIDAS EN TOTAL CONFIDENCIALIDAD.

Si usted tiene dudas podrá hacer preguntas en cualquier momento de este proceso de investigación. Igualmente, si siente alguna incomodidad durante su participación, puede informarlo al investigador para recibir orientación o retirarse, sin que ello le perjudique de ninguna forma.

La información recolectada durante esta investigación será ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL y se usará solo con fines académicos.

Para cualquier información adicional o incomodidad relacionada con su participación en la investigación, puede comunicarse con el investigador responsable al correo electrónico 73377615@continental.edu.pe

Yo, _____, luego de haber leído y entendido el contenido de este documento, acepto de manera voluntaria participar en la investigación.

Lima, ____ de _____ del 20__

Firma del participante

Firma del investigador responsable

NOTA: DEBEN HACERSE DOS COPIAS DE ESTE DOCUMENTO. UNA QUEDARÁ EN PODER DE LA PERSONA EVALUADA Y OTRA EN PODER DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN.

**Consentimiento informado para intervención psicoterapéutica:
Participante adulto**

Yo, _____, de _____ años de edad, acepto de manera voluntaria participar en las encuestas que será realizada por el estudiante JHONATAN SCHEELJE RAMIREZ con DNI 73377615 de la Facultad de Psicología de la UC. La evaluación se realizará como parte del curso TESIS y tiene como finalidad CONOCER EL PROCESO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ALIANZA TERAPÉUTICA EN UN CONTEXTO DE PSICOTERAPIA. El alumno se encuentra bajo la supervisión del profesor EDUARDO ANDRÉS VÁSQUEZ CARRASCO.

Me han informado que las condiciones del proceso de evaluación son las siguientes:

- Se considerarán, de acuerdo con las necesidades del caso, llenado de encuesta de 4 preguntas antes y después de la terapia.
- El proceso de evaluación durará 5 sesiones.
- El estudiante responsable del proceso de evaluación se compromete a no revelar la identidad del evaluado en ningún momento del proceso, ni después de finalizado el mismo.
- Los resultados de la evaluación serán discutidos en las asesorías correspondientes con fines de aprendizaje, manteniendo siempre el anonimato del evaluado(a).
- Al dar su consentimiento, el participante se compromete a culminar el proceso de evaluación, dada su importancia para la formación profesional del estudiante a cargo. Sin embargo, podrá solicitar no continuar con el proceso, previa comunicación con el alumno(a), para que este no se perjudique.
- El estudiante responsable del proceso de evaluación podrá realizar un informe oral de resultados, una vez terminado el proceso de evaluación, siempre y cuando cuente con la autorización y asesoría del profesor del curso.
- Para cualquier información adicional y/o dificultad, el(la) evaluado(a) puede contactarse con el profesor EDUARDO ANDRÉS VÁSQUEZ CARRASCO al correo electrónico eduardo.vasquez.carrasco@gmail.com

Lima, _____ de _____ del 20__

Firma del evaluado(a)

Firma del estudiante responsable

NOTA: DEBEN HACERSE DOS COPIAS DE ESTE DOCUMENTO. UNA QUEDARÁ EN PODER DE LA PERSONA EVALUADA Y OTRA EN PODER DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN.

Anexo 4: Ficha de datos generales

FICHA DE DATOS GENERALES

I. Generalidades:

1. Sexo: _____
2. Edad: _____
3. ¿Actualmente se encuentra en otro tratamiento psicológico, psiquiátrico, psicofarmacológico?
Sí ___ No___
4. ¿Ha tenido antes este tipo de intervenciones en salud mental?
Sí ___ No___
5. ¿Ha recibido antes algún diagnóstico?
Sí ___ No___

Anexo 5: Matriz de consistencia


Tabla 8

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	Debido a que la investigación es	Bienestar psicológico	Método: Cuantitativo
¿Cuáles son los niveles de bienestar psicológico y de la alianza terapéutica en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023?	Determinar los niveles de bienestar psicológico y de la alianza terapéutica en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023.	descriptiva longitudinal, no hay predicción de relación entre las variables.	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar personal • Bienestar interpersonal • Bienestar social • Bienestar general 	Tipo: No experimental, longitudinal Nivel: Descriptivo simple Diseño: De panel Población: Usuarios en atención psicoterapéutica privada en Lima
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		Alianza terapéutica	
¿Cuáles son los niveles de bienestar psicológico	Determinar los niveles de bienestar psicológico		<ul style="list-style-type: none"> • Calidad del vínculo terapéutico 	

en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023?	en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023.	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos y temas de la sesión • Enfoque y método del terapeuta • Apreciación general de la sesión 	<p>Muestra: no probabilística de tipo intencional</p> <p>Técnica de recolección de datos: Instrumento PCOMS</p> <p>Validez: Coeficiente V de Aiken de 1, por criterio de jueces</p>
¿Cuáles son los niveles de la alianza terapéutica en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023?	Determinar los niveles de la alianza terapéutica en pacientes en atención psicoterapéutica privada en un lapso de tiempo específico en Lima, en el año 2023.		

Anexo 6: Licencia para uso del instrumento


 **Scott D. Miller Ph.D.** Hace 5 días
para mí ▾

Thank you for placing your order with Scott D. Miller Ph.D.!

This email is to confirm your recent order.

Date 10/18/2022

Billing address
Jhonatan Scheelje
Alamos de Monterrico, Santiago de Surco, Los civiles D5,
101
Lima
Lima (provincia) 15023
Peru



1x Performance Metrics -
Licenses for the ORS and SRS - 1 provider for \$0.00
each

Subtotal : \$0.00 USD

Total : \$0.00 USD

There are so many resources available to support you in enhancing your effectiveness, some of which are listed below.

Join the [International Center for Clinical Excellence](#), our free web-based community. Everyday, 1000's of practitioners, educators, and agency managers meet to share their experience and learn from one another. Plus, the site contains hundreds of "how to" videos and thousands of scholarly articles to help in the implementation of feedback informed treatment (FIT).

Download and read the [FIT Treatment and Training Manuals](#). Written by a team of ICCE members, the manuals provide the most up-to-date, step-by-step instructions for applying the principles and practices of feedback-informed work.

Anexo 7: Links de formularios de Google Forms

- a. Cuestionario 1: Escala ORS correspondiente al bienestar psicológico.
<https://forms.gle/Vz9NiBHJs3qeK9tAA>
- b. Cuestionario 2: Escala SRS correspondiente a la alianza terapéutica.
<https://forms.gle/Rtbpbh8PcXTgLnUd8>

Anexo 8: Formato de validación de instrumentos a través de juicio de experto

Formato de validación enviado a jueces

CARTA DE PRESENTACIÓN

Estimado:

Presente. –

Asunto: Validación de instrumentos a través de juicio de experto.

Me es muy grato dirigirme a usted para saludarlo y así mismo, hacer de su conocimiento que se requiere validar en Perú el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré el título de Licenciado en Psicología.

El título del proyecto de investigación es: “**Monitorización sistemática y feedback del paciente en atención psicoterapéutica privada en Lima, 2023**” y siendo imprescindible contar con la aprobación de psicólogos especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su experiencia en el tema y/o investigación en el área.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Matriz de validación de contenido por juicio de expertos
- Matriz de operacionalización de las variables (anexos)
- Matriz de consistencia (anexos)
- Instrumento (anexos)

Expresándole mi sentimiento de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

Jhonatan Scheelje Ramirez
Bachiller en Psicología

EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “**The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS)**.” La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de este sean utilizados eficientemente, aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	
Grado profesional:	Licenciado () Magíster () Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica () Social () Educativa () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	
Institución donde labora:	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años ()
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados: Título del estudio realizado:

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento por juicio de expertos.

3. Datos de las escalas:

3.1. Escala de Evaluación de Resultados (ORS)

Nombre de la Prueba:	PCOMS
Autor:	Scott Miller y Barry Duncan
Procedencia:	Estados Unidos
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	5 minutos

Ámbito de aplicación:	De 13 años a más
Significación:	Evaluar niveles del bienestar psicológico del paciente

3.2. Escala de Evaluación de la Sesión (SRS).

Nombre de la Prueba:	PCOMS
Autor:	Scott Miller y Barry Duncan
Procedencia:	Estados Unidos
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	5 minutos
Ámbito de aplicación:	De 13 años a más
Significación:	Evaluar niveles de la alianza terapéutica

4. Soporte teórico

4.1. Escala ORS

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
ORS	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar personal • Bienestar interpersonal (familia y relaciones cercanas) • Bienestar social (trabajo, estudios y amistades) • Bienestar general (sentido de bienestar global) 	<p>Conceptual: Está definida por cuatro áreas de funcionamiento: individual, interpersonal, social y general. Estas fueron desarrolladas por Lambert et al. (1996, citados en Miller et al., 2003)</p>

		<p>Operacional: Bienestar personal, interpersonal, social y general del paciente durante el proceso psicoterapéutico cuando se obtiene un punto de corte igual o mayor a 25 en la escala ORS (Miller et al., 2005).</p>
--	--	--

4.2. Escala SRS

Escala / ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
SRS	<ul style="list-style-type: none"> •Relación: No me sentí escuchado/a, comprendido/a, ni respetado/a. - Me sentí escuchado/a, comprendido/a y respetado/a. •Metas y temas: No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar. - Trabajamos y hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar. •Enfoque o método: El enfoque del/de la terapeuta no encaja bien conmigo. - El enfoque 	<p>Conceptual: Está definida por: calidad del vínculo terapéutico, el acuerdo entre terapeuta y paciente de los objetivos y temas, el enfoque y método del terapeuta y, finalmente, una apreciación general de la sesión. Estas se basan en la definición de Bordin (1979) con un enfoque en la teoría del cambio del cliente sugerida por Gaston (1990, citado en Duncan et al., 2003).</p> <p>Operacional: Satisfacción del paciente en relación con el vínculo terapéutico,</p>

	del/de la terapeuta encaja bien conmigo. •En general: En la sesión de hoy faltaba algo. - En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí. global).	objetivos y temas, enfoque y método, y apreciación general de la sesión cuando se obtiene un punto de corte igual o mayor a 36 en la escala SRS 3.0 (Miller et al., 2005).
--	---	--

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, le presento las dos escalas del instrumento PCOMS; de acuerdo con los siguientes indicadores, califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la	1. Totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial / lejana con la dimensión.

dimensión o indicador que está midiendo.	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

6. Matriz de validación de instrumentos de medición a través de juicios de expertos

6.1. Matriz de validación de contenido del instrumento: ORS

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	BIENESTAR PSICOLÓGICO							
1	Individualmente (Bienestar personal) I-----I							
2	En lo Interpersonal (Familia, relaciones cercanas) I-----I							
3	Socialmente (Trabajo, Escuela, Amistades) I-----I							
4	En General (Sentido general de bienestar) I-----I							

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador:

Especialidad del validador:

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Firma

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

6.2. Matriz de validación de contenido del instrumento: SRS

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Si	No	
	ALIANZA TERAPÉUTICA							
1	<p style="text-align: center;">Relación:</p> <p>No me sentí escuchado/a, comprendido/a, ni respetado/a.</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>Me sentí escuchado/a, comprendido/a y respetado/a.</p>							
2	<p style="text-align: center;">Metas y temas:</p> <p>No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>Trabajamos y hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.</p>							
3	<p style="text-align: center;">Enfoque o método:</p> <p>El enfoque del/de la terapeuta no encaja bien conmigo.</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>El enfoque del/de la terapeuta encaja bien conmigo.</p>							
4	<p style="text-align: center;">En general:</p> <p>En la sesión de hoy faltaba algo.</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí.</p>							

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador:

Especialidad del validador:

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Firma

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Anexo 9: Validación de instrumentos a través de juicio de experto

Juez Mg. Alfonso Torpoco Jiménez

Datos generales del Juez

Nombre del juez:	Alfonso Torpoco Jiménez
Grado profesional:	Licenciado () Magíster (x) Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica () Social () Educativa (x) Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Psicología Educativa, Docencia universitaria.
Institución donde labora:	I.E.I N° 356 "Angelitos del Álamo".
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (x)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados:- Título del estudio realizado:-

Matriz de validación de contenido del instrumento: ORS

6. Matriz de validación de instrumentos de medición a través de juicios de expertos

6.1. Matriz de validación de contenido del instrumento: ORS

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	BIENESTAR PSICOLÓGICO							
1	Individualmente (Bienestar personal) [-----]	✓		✓		✓		
2	En lo Interpersonal (Familia, relaciones cercanas) [-----]	✓		✓		✓		
3	Socialmente (Trabajo, Escuela, Amistades) [-----]	✓		✓		✓		
4	En General (Sentido general de bienestar) [-----]	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si se observa suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: TORPOCO JIMÉNEZ ALFONSO

Especialidad del validador: PSICÓLOGO EDUCATIVO

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma



Alfonso Torpoco Jimenez
PSICÓLOGO
C.Ps.P. 31328

Matriz de validación de contenido del instrumento: SRS

6.2. Matriz de validación de contenido del instrumento: SRS

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
ALIANZA TERAPÉUTICA								
1	<p style="text-align: center;">Relación:</p> <p>No me sentí escuchado/a, comprendido/a, ni respetado/a.</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>Me sentí escuchado/a, comprendido/a y respetado/a.</p>	✓		✓		✓		
2	<p style="text-align: center;">Metas y temas:</p> <p>No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>Trabajamos y hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.</p>	✓		✓		✓		
3	<p style="text-align: center;">Enfoque o método:</p> <p>El enfoque del/de la terapeuta no encaja bien conmigo.</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>El enfoque del/de la terapeuta encaja bien conmigo.</p>	✓		✓		✓		

4	En general:						
	En la sesión de hoy faltaba algo.	✓	✓	✓			
	En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí.						

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si se observa suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: *TORPACO JIMÉNEZ ALFONSO*

Especialidad del validador: *PSICÓLOGO EDUCATIVO*

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma

Alfonso

 Alfonso Torpaco Jimenez
 PSICÓLOGO
 C.Ps.P. 31326

Juez Lic. Mauricio Rodolfo Calderón Carranza**Datos generales de juez**

Nombre del juez:	Mauricio Rodolfo Calderón Carranza
Grado profesional:	Licenciado (x) Magíster () Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (x) Social (x) Educativa () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Psicoterapia / Investigación
Institución donde labora:	Consultorio El hogar del alquimista
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (x)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados: Escala de desarrollo Título del estudio realizado: Elaboración de Escala de Desarrollo Infantil del programa Cunamás - Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Matriz de validación de contenido del instrumento: ORS

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	BIENESTAR PSICOLÓGICO							
1	<p>Individualmente</p> <p>(Bienestar personal)</p> <p>I-----I</p>	X		X		X		No tengo
2	<p>En lo Interpersonal</p> <p>(Familia, relaciones cercanas)</p> <p>I-----I</p>	X		X		X		No tengo
3	<p>Socialmente</p> <p>(Trabajo, Escuela, Amistades)</p> <p>I-----I</p>	X		X		X		No tengo
4	<p>En General</p> <p>(Sentido general de bienestar)</p> <p>I-----I</p>	X		X		X		No tengo

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Sí hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador: **Mauricio Rodolfo Calderón Carranza**

Especialidad del validador: **Psicóloga Clínica, psicoterapeuta.**

Firma



¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Matriz de validación de contenido del instrumento: SRS

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	ALIANZA TERAPÉUTICA							
1	<p>Relación:</p> <p>No me sentí escuchado/a, comprendido/a, ni respetado/a.</p> <p>-</p> <p>Me sentí escuchado/a, comprendido/a y respetado/a.</p>	X		X		X		Ninguna
2	<p>Metas y temas:</p> <p>No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.</p> <p>-</p> <p>Trabajamos y hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.</p>	X		X		X		Ninguna
3	<p>Enfoque o método:</p> <p>El enfoque del/de la terapeuta no encaja bien conmigo.</p> <p>-</p> <p>El enfoque del/de la terapeuta encaja bien conmigo.</p>	X		X		X		Ninguna
4	<p>En general:</p> <p>En la sesión de hoy faltaba algo.</p> <p>-</p> <p>En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí.</p>	X		X		X		Ninguna

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Sí hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador: **Mauricio Rodolfo Calderón Carranza**

Especialidad del validador: **Psicóloga Clínica, psicoterapeuta.**

Firma



¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lic. Laura Berenice Salinas Becerra**Datos generales del juez**

Nombre del juez:	Laura Berenice Salinas Becerra
Grado profesional:	Licenciado (x) Magíster () Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (x) Social () Educativa () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Clínica, comunitaria y educativa.
Institución donde labora:	Instituto de Salud Mental Integral INSSIN
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (x)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados: - Título del estudio realizado: -

Matriz de validación de contenido del instrumento: ORS

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	BIENESTAR PSICOLÓGICO							
1	Individualmente (Bienestar personal) I-----I	X		X		X		
2	En lo Interpersonal (Familia, relaciones cercanas) I-----I	X		X		X		
3	Socialmente (Trabajo, Escuela, Amistades) I-----I	X		X		X		
4	En General (Sentido general de bienestar) I-----I	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Sí presenta suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador: Salinas Becerra, Laura Berenice

Especialidad del validador: Psicóloga Clínica

Firma

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.



Escaneado con CamScanner

Matriz de validación de contenido del instrumento: SRS

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	ALIANZA TERAPÉUTICA							
1	<p>Relación:</p> <p>No me sentí escuchado/a, comprendido/a, ni respetado/a.</p> <p>-</p> <p>Me sentí escuchado/a, comprendido/a y respetado/a.</p>	X		X		X		
2	<p>Metas y temas:</p> <p>No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.</p> <p>-</p> <p>Trabajamos y hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.</p>	X		X		X		
3	<p>Enfoque o método:</p> <p>El enfoque del/de la terapeuta no encaja bien conmigo.</p> <p>-</p> <p>El enfoque del/de la terapeuta encaja bien conmigo.</p>	X		X		X		Se sugiere que si el usuario no entiende la palabra “enfoque”, utilizar la opción de “método” del terapeuta.
4	<p>En general:</p> <p>En la sesión de hoy faltaba algo.</p> <p>-</p> <p>En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí.</p>	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Sí presenta suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: Salinas Becerra, Laura Berenice

Especialidad del validador: Psicología Clínica

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Firma



Escaneado con CamScanner