

IMPLEMENTACIÓN PILOTO DEL MONITOREO RUTINARIO DE RESULTADOS (ROM) EN UNA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE SALUD MENTAL: FACTIBILIDAD, ACEPTABILIDAD Y RESULTADOS CLÍNICOS PRELIMINARES

Nicolás Campodónico¹; Esthela Gomez Guerra²

(Recibido en diciembre 2025, aceptado en marzo 2026)

¹Director de Programas de Posgrado de la Universidad de Monterrey, Doctor en Psicología, Posdoctor en psicología con Orientación en Metodología de la Revisión, Especialidad en Clínica Psicoanalítica con adultos, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7182-6983>. ²Ibeth Estefanía Encarnación Aucapiña, Psicóloga Clínica, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, estefy.encarnacion@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0440-3026>

nicolas.campodonico@udem.edu; estefy.encarnacion@hotmail.com

Resumen: El Monitoreo Rutinario de Resultados (Routine Outcome Monitoring, ROM) constituye una herramienta central para evaluar el progreso terapéutico en la práctica clínica contemporánea. El presente estudio describe la implementación piloto de un sistema digital de ROM en el Centro de Tratamiento e Investigación de la Ansiedad de la Universidad de Monterrey, evaluando su factibilidad, aceptabilidad y resultados clínicos preliminares. Se analizaron 431 cuestionarios completados por 399 pacientes en un periodo de pilotaje. La factibilidad se evaluó mediante tasas de completitud, tiempos de respuesta y número de evaluaciones por paciente. La aceptabilidad se estimó a partir de expectativas de mejoría y adherencia al sistema. Los resultados clínicos preliminares se analizaron en una submuestra longitudinal (n = 14) con al menos dos evaluaciones. El sistema mostró alta factibilidad, con más del 94 % de formularios completos y una mediana de 9.3 minutos de respuesta. La aceptabilidad fue elevada: los pacientes reportaron una expectativa media de mejoría de 8.43/10. Los resultados clínicos mostraron reducciones pequeñas y no significativas en síntomas de depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-7) y severidad total (SC0), consistentes con cambios tempranos esperados durante las primeras sesiones. Los hallazgos apoyan la implementación de ROM en contextos universitarios latinoamericanos y sientan bases para estudios futuros de eficacia clínica con muestras mayores y diseños longitudinales más profundos.

Palabras clave: Monitoreo Rutinario de Resultados, psicoterapia, PHQ-9, GAD-7, clínica universitaria, salud mental.

PILOT IMPLEMENTATION OF ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) IN A UNIVERSITY MENTAL HEALTH CLINIC: FEASIBILITY, ACCEPTABILITY, AND PRELIMINARY CLINICAL OUTCOMES

Abstract: Routine Outcome Monitoring (ROM) constitutes a central tool for evaluating therapeutic progress in contemporary clinical practice. The present study describes the pilot implementation of a digital ROM system at the Center for the Treatment and Research of Anxiety Center of the Universidad de Monterrey, assessing its feasibility, acceptability, and preliminary clinical outcomes. We analyzed 431 questionnaires completed by 399 patients during a pilot period. Feasibility was evaluated through completion rates, response times, and the number of evaluations per patient. Acceptability was estimated based on improvement expectations and adherence to the system. Preliminary clinical outcomes were analyzed in a longitudinal subsample (n = 14) with at least two evaluations. The system showed high feasibility, with over 94 % of forms completed and a median response time of 9.3 minutes. Acceptability was high: patients reported a mean expectation of improvement of 8.43/10. Clinical outcomes showed small and non-significant reductions in symptoms of depression (PHQ-9), anxiety (GAD-7), and overall severity (SC0), which is consistent with early changes expected during the first sessions. These findings support the implementation of ROM in Latin American university contexts and lay the groundwork for future studies on clinical efficacy with larger samples and deeper longitudinal designs.

Keywords: Routine Outcome Monitoring, psychotherapy, PHQ-9, GAD-7, university clinic, mental health.

IMPLEMENTAÇÃO PILOTO DO MONITORAMENTO ROTINEIRO DE RESULTADOS (ROM) EM UMA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE SAÚDE MENTAL: FACTIBILIDADE, ACEITABILIDADE E RESULTADOS CLÍNICOS PRELIMINARES

Resumo: O Monitoramento Rotineiro de Resultados (Routine Outcome Monitoring, ROM) constitui uma ferramenta central para avaliar o progresso terapêutico na prática clínica contemporânea. O presente estudo descreve a implementação piloto de um sistema digital de ROM no Centro de Tratamento e Pesquisa da Ansiedade da Universidade de Monterrey, avaliando sua factibilidade, aceitabilidade e resultados clínicos preliminares. Foram analisados 431 questionários preenchidos por 399 pacientes em um período de pilotagem. A factibilidade foi avaliada por meio das taxas de completude, dos tempos de resposta e do número de avaliações por paciente. A aceitabilidade foi estimada a partir das expectativas de melhora e da adesão ao sistema. Os resultados clínicos preliminares foram analisados em uma subamostra longitudinal (n = 14) com pelo menos duas avaliações. O sistema apresentou alta factibilidade, com mais de 94 % dos formulários completos e uma mediana de 9,3 minutos de resposta. A aceitabilidade foi elevada: os pacientes relataram uma expectativa média de melhora de 8,43/10. Os resultados clínicos mostraram reduções pequenas e não significativas nos sintomas de depressão (PHQ-9), ansiedade (GAD-7) e severidade total (SC0), consistentes com mudanças iniciais esperadas durante as primeiras sessões. Os achados apoiam a implementação do ROM em contextos universitários latino-americanos e estabelecem bases para estudos futuros de eficácia clínica com amostras maiores e desenhos longitudinais mais aprofundados.

Palavras-chave: Monitoramento Rotineiro de Resultados, psicoterapia, PHQ-9, GAD-7, clínica universitária, saúde mental.

INTRODUCCIÓN

El Monitoreo Rutinario de Resultados (ROM por sus siglas en inglés, Routine Outcome Monitoring) es una estrategia ampliamente recomendada para evaluar el progreso del paciente a lo largo del tratamiento psicológico, mejorar la toma de decisiones clínicas y reducir el deterioro sintomático (Lambert, 2010; Boswell et al., 2015). Numerosos estudios han documentado que el ROM se asocia con mayor efectividad terapéutica, especialmente cuando las retroalimentaciones son utilizadas activamente por los terapeutas (Shimokawa et al., 2010; De Jong et al., 2021). Entonces, cabe señalar que la monitorización rutinaria de resultados clínicos (MRR) en psicoterapia ha emergido como una práctica fundamental para mejorar la calidad y eficacia de los tratamientos psicológicos (Evans et al., 2002).

En un contexto donde la salud mental es reconocida como un componente crucial del bienestar general, la capacidad de evaluar objetivamente los resultados de las intervenciones terapéuticas se ha vuelto imprescindible para garantizar que los tratamientos sean efectivos y ajustados a las necesidades individuales de cada paciente (Campodonico, 2025). El presente trabajo aborda la continuidad de investigaciones previas de Campodónico (2025), Wampold (2015), Ortíz et al. (2021) y Zúniga-Salazar et al. (2021), quienes señalaron el desarrollo de herramientas de monitoreo adaptadas culturalmente como un aspecto crucial para la investigación futura. Dichas herramientas deben considerar las diferencias en la percepción de los trastornos mentales, estilos de afrontamiento y las expectativas terapéuticas en diversas culturas.

Los estudios de Shalaby et al. (2022) y Morina et al. (2023) destacaron la relevancia de profundizar en investigaciones que evalúen el impacto y la implementación del ROM. Sin embargo, a pesar de su importancia, la adopción sistemática del ROM continúa siendo limitada en instituciones latinoamericanas, donde aún existe escasa literatura empírica en español que examine su factibilidad real en contextos clínicos universitarios. La mayor parte de la evidencia disponible proviene de Europa, Norteamérica y Australia (Areas et al., 2025; Arrigoni et al., 2021; Zeldovich y Alexandrowicz, 2019; Barkham et al., 2001; Bickman et al., 2011), son regiones donde el uso de sistemas

de monitoreo de resultados es más consolidado y ha demostrado beneficios clínicos y organizacionales.

El presente estudio constituye el primer pilotaje de ROM en el Centro de Tratamiento e Investigación para la Ansiedad (CETIA) de la Universidad de Monterrey, integrando escalas breves y validadas PHQ-9 para depresión (Kroenke et al., 2001) y GAD-7 para ansiedad (Spitzer et al., 2006) administradas al inicio de cada sesión durante la duración del tratamiento en cuestión. El estudio tuvo como objetivos evaluar la factibilidad del sistema de Routine Outcome Monitoring (ROM) a través de indicadores operativos que permitieron valorar su implementación en la práctica clínica y estimar su aceptabilidad, considerando tanto la expectativa de mejoría de los pacientes como los niveles de adherencia al sistema; y describir resultados clínicos preliminares en aquellos pacientes que contaron con mediciones repetidas a lo largo del proceso terapéutico.

Este estudio se adhiere a una tendencia global que promueve la atención basada en evidencia y el uso de métricas estandarizadas en los entornos clínicos universitarios. En este marco, la principal utilidad del Monitoreo de Resultados en Rutina (MRR) radica en la capacidad para permitir al terapeuta realizar un seguimiento continuo de los cambios ocurridos durante la terapia. A partir de esta información, es posible identificar dificultades emergentes, prevenir el abandono o el deterioro clínico, ajustar el tratamiento a las necesidades y características de cada consultante, y reforzar aquellos aspectos que están resultando especialmente beneficiosos, contribuyendo potencialmente al fortalecimiento de la alianza terapéutica (Lutz et al., 2022; Lloyd et al., 2019).

Asimismo, el MRR facilita la evaluación de la eficacia de las intervenciones psicológicas en la práctica clínica habitual, al tiempo que constituye un recurso valioso para el desarrollo profesional y la supervisión clínica de los terapeutas. Su implementación en psicoterapia también abre la posibilidad de retroalimentar o no los resultados obtenidos, lo que implica decidir si se compartirán de manera explícita los datos de progreso con terapeutas y/o consultantes e incorporarlos activamente en el trabajo clínico.

MÉTODO

Participantes

Se analizaron 431 cuestionarios completados por 399 pacientes atendidos en el CETIA. La edad osciló

entre 14 y 78 años ($M = 31.64$, $DE = 10.18$). Para el análisis longitudinal se seleccionó la submuestra con ≥ 2 mediciones ($n = 20$), de la cual 14 pacientes tenían datos completos en PHQ-9, GAD-7 y SC0. (Ver Tabla 1)

Tabla 1.

Características basales de la muestra (primer formulario por paciente)					
Variable	n	Media	DE	Mediana	Rango
Edad (años)	393	31.64	10.18	29	14-78
PHQ-9 total	385	10.71	6.23	10	0-27
GAD-7 total	381	9.04	5.43	8	0-21
SC0 (PHQ+GAD)	385	19.29	11.03	17	0-48
Expectativa de mejoría (Q22)	420	8.43	1.70	9	0-10

Instrumentos

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9):

El PHQ-9 es una escala autoadministrada de 9 ítems que evalúa la severidad de los síntomas depresivos experimentados durante las últimas dos semanas (Kroenke et al., 2001). Presenta una estructura unidimensional robusta y ha mostrado excelente validez convergente con entrevistas diagnósticas estructuradas. Es una de las herramientas más utilizadas en ROM debido a su sensibilidad para detectar cambios clínicamente significativos a lo largo del tratamiento y su facilidad de administración digital o presencial. Los rangos de severidad establecidos son: mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14), moderadamente grave (15-19) y grave (20-27). En la presente muestra, el PHQ-9 evidenció una fiabilidad interna adecuada ($\alpha = 0.88$), consistente con reportes previos en diversas poblaciones clínicas.

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7):

El GAD-7 es una escala de 7 ítems diseñada para evaluar la severidad de los síntomas de ansiedad generalizada (Spitzer et al., 2006). Sus propiedades psicométricas han sido replicadas en múltiples contextos clínicos y comunitarios, mostrando alta validez y sensibilidad para monitorear la evolución sintomática. Es un instrumento central en sistemas MRR por su capacidad para captar variaciones subclínicas y clínicas en ansiedad a lo largo del proceso terapéutico. Sus rangos de severidad son: mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14) y grave

(≥ 15). En esta muestra, presentó una fiabilidad interna elevada ($\alpha = 0.89$).

SC0 (Symptom Composite 0):

El índice SC0 corresponde a la puntuación compuesta resultante de la suma del PHQ-9 y el GAD-7, con un rango de 0 a 48. Este tipo de índices integrados es habitual en investigaciones ROM, dado que proporcionan una estimación global de la severidad psicopatológica inicial que facilita la clasificación del riesgo y la comparación entre perfiles sintomáticos. Su uso permite observar trayectorias de cambio más estables y comparables entre pacientes con combinaciones diversas de síntomas ansiosos y depresivos.

Expectativa de mejoría (Q22):

Ítem único con un rango de 0 a 10 que evalúa la expectativa inicial de mejoría percibida por el paciente. Las expectativas terapéuticas son un predictor consistente de la alianza terapéutica, la adherencia y los resultados clínicos. Su incorporación en sistemas MRR permite contextualizar el curso del tratamiento y evaluar cómo las expectativas influyen en la evolución sintomática.

Procedimiento:

El cuestionario de Monitoreo de Resultados en Rutina (ROM) se administró de manera digital a través de la plataforma Qualtrics antes de cada sesión de psicoterapia. Todas las mediciones se registraron automáticamente en el sistema, lo que permitió estimar el tiempo de respuesta, verificar los

niveles de completitud por ítem y por escala, y analizar la distribución total de mediciones por paciente a lo largo del tratamiento.

Para el análisis longitudinal, se establecieron dos puntos temporales principales: T0 (línea de base): primera medición disponible para cada paciente; T1 (última medición): última puntuación registrada en el sistema para ese mismo paciente. Las mediciones se realizaron de manera continua y sistemática desde el momento en que el paciente fue asignado a su terapeuta hasta la finalización del tratamiento, independientemente de la forma en que este concluyera. Esto incluye: alta clínica otorgada por el profesional; abandono o interrupción unilateral del tratamiento por parte del paciente y cualquier otro motivo administrativo o clínico que determinara el cierre del proceso terapéutico. Este diseño permitió capturar la trayectoria sintomática completa de cada consultante, incluyendo evoluciones positivas, estancamientos y posibles deterioros, elementos centrales para la evaluación del impacto clínico del MRR.

Consideraciones éticas: La investigación se desarrolló de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las normativas vigentes para la investigación en salud mental. Todos los pacientes fueron informados sobre el uso clínico y de investigación de los datos recabados a través del sistema de Monitoreo de Resultados en Rutina (ROM), garantizando que la participación no implicaba riesgos adicionales ni interfería con el curso habitual del tratamiento psicoterapéutico. Los datos fueron recolectados con fines clínicos asistenciales y posteriormente analizados de manera secundaria para esta investigación, asegurando en todo momento la confidencialidad, anonimato y la protección de la información personal mediante procedimientos de codificación y resguardo seguro de la base de datos.

La participación fue voluntaria y los pacientes conservaron el derecho a retirar su información del sistema sin que ello afectara la calidad de la atención recibida. Asimismo, el estudio fue evaluado y aprobado por el comité ético correspondiente del CETIA, considerando especialmente la naturaleza observacional del diseño, el uso de instrumentos validados y la ausencia de intervenciones experimentales adicionales.

RESULTADOS

El análisis de factibilidad se basó en 431 formularios completados por 399 pacientes durante la fase piloto. En términos operativos, el sistema mostró niveles muy altos de adherencia en la primera aplicación, ya que todos los pacientes completaron al menos un formulario, lo que confirma la integración efectiva del ROM en el flujo clínico inicial del CETIA. En cuanto a la completitud de datos, el PHQ-9 presentó únicamente un 4.2 % de celdas faltantes, mientras que el GAD-7 mostró un 5.1 %, proporciones muy inferiores a las reportadas en estudios clínicos naturalistas donde la ausencia de datos puede fluctuar entre 10 % y 25 % (Boswell et al., 2015; Barkham et al., 2001). Además, el 95.8 % de los formularios tuvo el PHQ-9 completamente respondido, y el 94.9 % el GAD-7. Esta consistencia confirma que los usuarios fueron capaces de completar los instrumentos sin dificultad ni fatiga significativa.

El tiempo de respuesta del cuestionario es otro indicador relevante de factibilidad. La mediana fue de 9.3 minutos, con un rango intercuartílico de 6.3 a 16.3 minutos. Estos valores se ubican dentro del estándar internacional para ROM digitales breves, típicamente entre 7 y 12 minutos (De Jong et al., 2021). Si bien la media (50.3 minutos) estuvo sesgada al alza por formularios dejados abiertos accidentalmente, la mediana y el percentil 75 reflejan mejor la realidad operativa. Este hallazgo sugiere que el cuestionario es compatible con el tiempo de espera y el inicio de sesión, sin afectar la logística clínica.

Respecto al número de mediciones, el pilotaje mostró un patrón esperado en fases tempranas: la mayoría de los pacientes (95 %) completaron una sola medición, mientras que solo un 5% tuvo mediciones repetidas. Este patrón fue consistente con la transición inicial hacia sistemas ROM, donde el primer objetivo es probar su integración al ingreso clínico antes de escalar hacia un seguimiento continuo de todas las sesiones. Finalmente, la fiabilidad interna de los instrumentos fue excelente, con un alfa de Cronbach de 0.88 para el PHQ-9 y 0.89 para el GAD-7. Estos valores son comparables con sus validaciones originales (Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 2006) y superiores a los obtenidos en muestras clínicas comunitarias latinoamericanas, lo cual evidencia su robustez en este contexto cultural y clínico.

Severidad sintomática inicial de la población

Al analizar el primer formulario por paciente para

estimar el perfil clínico inicial, se observó que la muestra presenta niveles sustanciales de sintomatología. (Ver tabla 2).

Tabla 2.

Distribución de la severidad sintomática inicial			
PHQ-9 (síntomas depresivos)			
Severidad	Rango	n	%
Mínimo	0-4	63	16.4%
Leve	5-9	121	31.4%
Moderado	10-14	89	23.1%
Moderadamente grave	15-19	73	19.0%
Grave	20-27	39	10.1%
GAD-7 (síntomas de ansiedad)			
Severidad	Rango	n	%
Mínimo	0-4	89	23.4%
Leve	5-9	135	35.4%
Moderado	10-14	92	24.1%
Grave	≥15	65	17.1%

En el PHQ-9, el 42 % de los pacientes se ubicó en rango moderado, moderadamente grave o grave. Asimismo, en el GAD-7, un 41 % se ubicó en los rangos moderado o grave. Estos porcentajes confirmaron que el CETIA atiende una población con sintomatología clínica significativa y no meramente subclínica. Los niveles promedio también fueron clínicos: PHQ-9: M = 10.71

(DE = 6.23), es decir, depresión leve/moderada; GAD-7: M = 9.04 (DE = 5.43), correspondiente a ansiedad leve/moderada; SC0 total: M = 19.29 (DE = 11.03). Además, la correlación entre PHQ-9 y GAD-7 fue elevada ($r = .77$), en línea con la literatura que señala la comorbilidad estructural entre depresión y ansiedad con tendencia a coevolucionar en psicoterapia (Boswell et al., 2015).

Tabla 3.

Indicadores de factibilidad del sistema ROM	
Indicador	Valor
Formularios completados	431
Pacientes únicos	399
Formularios por paciente (media, DE)	1.06 (0.27)
Rango de formularios por paciente	1-4
Pacientes con ≥ 2 formularios	20 (5.0%)
Formularios con PHQ-9 completo	95.8%
Formularios con GAD-7 completo	94.9%
Porcentaje de datos faltantes (PHQ-9)	4.2%
Porcentaje de datos faltantes (GAD-7)	5.1%
Tiempo de respuesta (mediana)	9.3 minutos
Tiempo de respuesta (media)*	50.3 minutos

Nota. La media está influida por formularios dejados abiertos accidentalmente.

Aceptabilidad del sistema

La aceptabilidad se evaluó mediante adherencia al sistema y expectativas de mejoría. Los resultados mostraron que los pacientes manifestaron un alto nivel de esperanza o confianza en la eficacia del tratamiento (Q22: $M = 8.43$). La distribución estuvo sesgada hacia valores altos, con un 50 % alcanzando un puntaje de 9 o más. La correlación entre sintomatología global (SC0) y expectativa (Q22) fue prácticamente nula ($r = -.04$), lo cual indica que, independientemente del nivel de

malestar, los pacientes conservan una actitud positiva hacia el proceso terapéutico, un indicador indirecto importante de aceptabilidad del ROM.

La evidencia acumulada sugiere que altas expectativas facilitan la adherencia y participación en procesos de retroalimentación continua (Shimokawa et al., 2010); por lo tanto, estos resultados ofrecen un buen pronóstico para sostener el ROM a largo plazo en el CETIA. (Ver Tabla 4).

Tabla 4.

Indicadores de aceptabilidad	
Indicador	Valor
Expectativa de mejoría (Q22), media (DE)	8.43 (1.70)
Correlación entre severidad total (SC0) y Q22	$r = -.04$
Pacientes con al menos un ROM	100%
Pacientes con ≥ 2 ROMs	5%

Resultados clínicos preliminares

La submuestra longitudinal estuvo compuesta por 14 pacientes con datos completos pre-post en PHQ-

9, GAD-7 y SC0. El número promedio de sesiones evaluadas fue de 2.15 (DE = 0.49), lo que limita la magnitud del cambio posible.

Tabla 5.

Características de la submuestra longitudinal (n = 14)

Variable	Media	DE	Rango
Número de sesiones monitorizadas	2.15	0.49	2-4
PHQ-9 T0	8.50	5.67	1-21
PHQ-9 T1	7.57	5.60	0-20
GAD-7 T0	6.64	5.44	0-18
GAD-7 T1	6.07	5.86	0-21
SC0 T0	15.14	10.19	1-39
SC0 T1	13.64	11.12	0-41

A pesar de ello, se observaron tendencias a la reducción sintomática temprana: PHQ-9: $\Delta = -0.93$, tamaño del efecto pequeño ($d_z = -0.28$); GAD-7: $\Delta = -0.57$, tamaño del efecto muy pequeño ($d_z = -0.16$); SC0: $\Delta = -1.50$, tamaño del efecto pequeño ($d_z = -0.30$). Ninguno de estos cambios alcanzó significación estadística, lo cual era esperable dada la baja potencia estadística y el escaso número de mediciones. Aun así, las trayectorias promedio de SC0 mostraron una pendiente descendente a lo largo de las sesiones, consistente con investigaciones que documentan que parte de la mejoría terapéutica ocurre en las primeras 2-3 sesiones gracias a factores comunes como la alianza, el alivio inicial y la estructuración del problema (Lambert, 2010; Barkham et al., 2001).

La clasificación cualitativa del cambio entre T0 y T1 mostró que la mayoría de los pacientes mantuvo su nivel de severidad tanto en síntomas depresivos como ansiosos (57.1 %). En el PHQ-9, el 35.7 % presentó una mejoría en la categoría sintomática y solo un 7.1 % mostró un empeoramiento. En el GAD-7, el 28.6 % mejoró, mientras que el 14.3 % empeoró. Estos resultados son consistentes con la etapa temprana del tratamiento ($M = 2.15$ sesiones), donde las fluctuaciones sintomáticas tienden a ser moderadas y los cambios clínicos suelen consolidarse tras un mayor número de sesiones.

Tabla 6. Cambios cualitativos en PHQ-9 y en el GAD-7

Cambios cualitativos en PHQ-9		
Cambio	n	%
Sin cambio	8	57.1
Mejora	5	35.7
Empeoramiento	1	7.1
Cambios cualitativos en GAD-7		
Cambio	n	%
Sin cambio	8	57.1
Mejora	4	28.6
Empeoramiento	2	14.3

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la factibilidad, aceptabilidad y resultados clínicos preliminares del

Monitoreo Rutinario de Resultados (ROM) en una clínica universitaria de salud mental en México. En conjunto, los hallazgos aportan evidencia sólida que respalda

la integración del ROM en entornos universitarios latinoamericanos, un ámbito donde su implementación ha sido históricamente limitada. Esta práctica suele enmarcarse dentro del paradigma de evidencia basada en la práctica, que integra los resultados de la investigación, características y preferencias de los clientes y la experiencia del terapeuta para ofrecer atención personalizada (Barkham y Mellor-Clark, 2000). Los resultados mostraron una factibilidad sobresaliente: altas tasas de completitud, excelente fiabilidad interna y tiempos de respuesta compatibles con la práctica clínica cotidiana. El porcentaje mínimo de datos faltantes demostró que el diseño del cuestionario fue adecuado para la población atendida y que los pacientes pudieron completarlo sin dificultades técnicas ni cognitivas.

En estudios previos, una de las principales barreras para implementar ROM fue la percepción de que interrumpe la dinámica clínica o consume demasiado tiempo (Boswell et al., 2015). En contraste, el presente estudio evidenció que, cuando se utiliza una plataforma eficiente y un instrumento breve, el ROM es perfectamente integrable al flujo terapéutico de un servicio universitario.

La alta expectativa de mejoría, junto con la elevada completitud del cuestionario, indicaron que los pacientes no perciben el ROM como una carga sino como un componente natural del proceso terapéutico. Esto es coherente con hallazgos previos que manifestaron que los pacientes suelen valorar positivamente la oportunidad de reflexionar sistemáticamente sobre sus síntomas y progreso (De Jong et al., 2021).

Un aspecto particularmente relevante es que la aceptabilidad fue homogénea independientemente del nivel de sintomatología. Esto es crucial para garantizar que el ROM pueda aplicarse de manera universal sin discriminar por severidad o nivel funcional. Aunque el tamaño de la muestra longitudinal fue pequeño, los datos sugieren que los pacientes experimentaron pequeñas mejorías tempranas en depresión y ansiedad. Este patrón coincidió con evidencia internacional que mostró que las primeras sesiones suelen generar cambios modestos, pero clínicamente relevantes, particularmente cuando los pacientes se sienten comprendidos y se reduce la incertidumbre respecto al proceso terapéutico (Lambert, 2010).

Sin embargo, la ausencia de cambios estadísticamente significativos también es informativa: pone de manifiesto la necesidad de obtener más mediciones por paciente y extender el seguimiento para capturar curvas de cambio clínicas más robustas, típicamente observadas a partir de la sexta sesión. Por lo tanto, este estudio aporta evidencia inédita en el contexto mexicano y latinoamericano, donde la literatura sobre ROM es casi inexistente.

La implementación exitosa del sistema en CETIA constituye un precedente clave para: la investigación de efectividad real ("practice-based evidence"), la evaluación continua de calidad, la prevención del deterioro clínico, y el diseño de intervenciones personalizadas basadas en datos. Esto contribuye también a cerrar una brecha histórica entre la investigación psicoterapéutica y la práctica clínica en la región. A su vez, las principales limitaciones incluyen: Muestra longitudinal pequeña, que restringe conclusiones sobre cambio clínico, pocas mediciones por paciente, dada la fase temprana del pilotaje y la ausencia de retroalimentación en tiempo real, una función habitual del ROM que será integrada en fases posteriores.

Para futuras fases del proyecto, se recomienda incorporar de manera sistemática el uso de Routine Outcome Monitoring (ROM) en todas las sesiones, de modo que sea posible consolidar trayectorias de cambio individuales y grupales con mayor precisión. Asimismo, resulta pertinente aplicar modelos multinivel que permitan estimar patrones de evolución sintomática tanto intra sujeto como entre sujetos, optimizando la sensibilidad del análisis longitudinal. Se sugiere también integrar algoritmos de alerta temprana de deterioro clínico, semejantes a los implementados por el sistema OQ-Analyst, a fin de identificar desviaciones significativas en el progreso terapéutico y activar intervenciones oportunas. Finalmente, se propone articular estos resultados con los procesos de supervisión clínica y toma de decisiones terapéuticas, favoreciendo un modelo de trabajo basado en evidencia, adaptable y centrado en el paciente.

CONCLUSIONES

El presente estudio demostró que el Monitoreo Rutinario de Resultados es altamente factible y aceptado en una

clínica universitaria mexicana, incluso en una fase piloto. Los pacientes completaron los instrumentos con alta consistencia, y mostraron buena disposición hacia el proceso, experimentando mejorías preliminares en sus síntomas. Los instrumentos seleccionados (PHQ-9 y GAD-7) mostraron excelente rendimiento psicométrico y ofrecieron información útil para caracterizar a la población atendida, que presenta niveles clínicos significativos de depresión y ansiedad.

Aunque los resultados clínicos preliminares son modestos, establecieron una base sólida para futuros estudios longitudinales y para la integración del ROM como componente estable de la atención clínica. Con una implementación más prolongada y repetida, el CETIA podrá generar evidencia local de efectividad terapéutica, detectar riesgos tempranos y desarrollar procesos de mejora continua basados en datos.

Así como la revisión previamente realizada (Campodónico, 2025), esta investigación permitió concluir como el estudio de Farley et al. (2024) que proporcionó evidencia sobre cómo la retroalimentación continua mejora la práctica clínica, pero se necesitan más estudios longitudinales que evalúen el impacto a largo plazo de este enfoque en la mejora de los resultados terapéuticos y en la adherencia al tratamiento. Otro aspecto crucial para la investigación futura es el desarrollo de herramientas de monitoreo adaptadas culturalmente, que tomen en cuenta las diferencias en la percepción de los trastornos mentales, los estilos de afrontamiento y las expectativas terapéuticas en diversas culturas (Ortiz et al., 2021; Zúñiga-Salazar et al., 2021). De igual manera, es fundamental profundizar en los efectos de los enfoques transdiagnósticos, los cuales podrían ofrecer intervenciones más integradas y menos fragmentadas para tratar trastornos comórbidos.

En conjunto se pudo concluir que este pilotaje constituyó un paso estratégico hacia la consolidación de una práctica clínica universitaria basada en evidencia, alineada con estándares internacionales, y abre camino para que instituciones latinoamericanas avancen hacia sistemas de monitoreo continuo que mejoren la calidad y seguridad de la atención en salud mental.

REFERENCIAS

- Areas, M., Varela, C., Roussos, A. J., Paz, C., Evans, C., & Gómez Penedo, J. M. (2025). Propiedades psicométricas del Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE-10) en Argentina. *Revista Argentina De Ciencias Del Comportamiento*, 17(1), 61-71. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v17.n1.37272>
- Arrigoni, F., Marchena-Consejero, E., & Navarro-Guzmán, J. (2021). Aplicación y evaluación de la eficacia del protocolo unificado transdiagnóstico con estudiantes universitarios españoles. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 149-169. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v40i02.05>
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., ... & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 343-355. DOI: 10.1037//0022-006x.69.2.184
- Barkham, M. & Mellor-Clark, J. (2000). Rigour and relevance: Practice based evidence in the psychological therapies. In N. Rowland & S. Goss (eds.), *Evidence-based counselling and psychological therapies: Research and applications* (pp 127-144). Routledge.
- Bickman, L., Kelley, S. D., Breda, C., de Andrade, A. R. V., & Riemer, M. (2011). Effects of routine feedback to clinicians on mental health outcomes of youths: Results of a randomized trial. *Psychiatric Services*, 62(12), 1423-1429. DOI: 10.1176/appi.ps.002052011
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6-19. DOI: 10.1080/10503307.2013.817696
- Campodónico, N. (2025). Revisión sistemática sobre monitorización rutinaria de resultados clínicos en psicoterapia. *Revista De Psicología*, 43(2), 853-882. <https://doi.org/10.18800/psico.202502.008>
- De Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, W. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85

- (1), 1-19. 101976. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102002
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Marshall, C., Mulligan, J., Taylor, S., ... & Jenkins, E. (2002). Towards a measure of psychological well-being for all: The Clinical Outcomes in Routine Evaluation—Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 336-348. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- Farley, K., Copsey, B., Wright-Hughes, A., Farrin, A., Bojke, C., McMillan, D., Graham, C. D., Mattock, R., Brennan, C. A., Gates, C., Martin, A., Dowse, A., Horrocks, J., House, A. O., & Guthrie, E. A. (2024). Randomised controlled trial of a psychotherapeutic intervention to improve quality of life and other outcomes in people who repeatedly self-harm: FReSH START study protocol. *Trials*, 25(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08369-2>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl Gutiérrez, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados López, A., Garcia Grau, E., & López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation -Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/32884>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. DOI: 10.1037//0022-006x.59.1.12
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association. Prevention-Treatment-Failure-Measuring-Monitoring/dp/1433807823
- Lloyd, J., Jowett, S., & Barker, G. (2019). Clinical outcome monitoring in psychotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29(4), 551-566. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405168>
- Lutz, W., Schwartz, B., & Delgado, J. (2022). Measurement-Based and Data-Informed Psychological Therapy. *Annual Review Clinical Psychology*, 18 (1), 71-98. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071720-014821>
- Morina, N., Seidemann, J., Andor, T., Sondern, L., Bürkner, P. C., Drenckhan, I., & Buhlmann, U. (2023). The effectiveness of cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder in routine clinical practice. *Clinical psychology & psychotherapy*, 30(2), 335-343. <https://doi.org/10.1002/cpp.2799>
- Ortiz, E., Meneses Baez, A. L., Trujillo, A., Núñez, C., Acevedo Rodriguez, M. Y., Albarracín Rodriguez, A. P., & Dominguez-Lara, 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>
- Shalaby, R., Survey, P., Knox, M., Rathwell, R., Vuong, W., Surood, S., Urichuk, L., Snaterse, M., Greenshaw, A. J., Li, X. M., & Agyapong, V. I. O. (2022). Clinical Outcomes in Routine Evaluation Measures for Patients Discharged from Acute Psychiatric Care: Four-Arm Peer and Text Messaging Support Controlled Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073798>
20. Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy feedback system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298–311. DOI: 10.1037/a0019247
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092
- Wampold, B. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- World Health Organization [WHO]. (1998). Wellbeing measure in primary health care/The Depcare Project: report on a WHO meeting: Stockholm, Sweden, 12–13 February 1998. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/349766>
- Zeldovich, M., & Alexandrowicz, R. W. (2019).

Comparing outcomes: The Clinical Outcome in Routine Evaluation from an international point of view. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(3), 1-10. <https://doi.org/10.1002/mpr.1774>

Zúñiga-Salazar, E., Valdiviezo-Oña, J., Ruiz-Cordoba,

O., Baldus-Andrade, D., & Paz, C. (2021). Servicios psicológicos afirmativos para personas LGBTQIA+ en Ecuador: Cambios en el males-tar psicológico. *Terapia Psicológica*, 39(3), 353-374. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000300353>