



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

TRABAJO FIN DE GRADO

El uso del feedback en el curso de la intervención psicológica:

Un estudio basado en la práctica habitual

The use of feedback in the course of psychological intervention:

A study based on routine practice

Xena Montañez Redondo

Tutora: Dra. María del Carmen Rodríguez Naranjo

Cotutor: Dr. Antonio Caño González

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Grado en Psicología

Facultad de Psicología y Logopedia – Universidad de Málaga

Junio 2024

Resumen

La monitorización sistemática o ROM (*Routine Outcome Monitoring*) consiste en evaluar periódicamente mediante instrumentos estandarizados el progreso de una persona a lo largo del tratamiento psicológico ofreciéndole *feedback* sobre él. El uso de ROM es cada vez más extendido y ha resultado eficaz para mejorar los resultados de la intervención. Este trabajo consiste en un estudio de casos cuya muestra se compuso de dos participantes con problemas ansioso-depresivos atendidos en la práctica clínica privada, cuyo objetivo era analizar el impacto del *feedback* en los resultados. El instrumento que se empleó fue el CORE (Evans et al., 2002) en su versión española (Feixas et al., 2012). Los análisis estadísticos que se emplearon para cuantificar la magnitud del efecto del tratamiento fueron el porcentaje de datos no solapados (PND) y el porcentaje de datos de la fase de tratamiento que mejoran la mediana de la línea base (PEM). Después del tratamiento ambas personas disminuyeron sus síntomas de manera significativa. No obstante, las técnicas utilizadas para analizar los datos y evaluar la magnitud de los cambios no permiten concluir cuál es el factor responsable de esos cambios, como ocurre al realizar cualquier análisis estadístico sobre los datos obtenidos en diseños de caso único.

Palabras clave: ROM; monitorización sistemática; CORE; *feedback*; estudio de casos; caso único.

Abstract

Routine Outcome Monitoring (ROM) involves periodically assessing a person's progress throughout the course of psychological treatment using standardised instruments and providing *feedback* on it. The use of ROM is becoming increasingly widespread and has proven to be effective in improving intervention outcomes. This paper is a case study of two participants with anxious-depressive problems in private clinical practice, whose aim was to analyse the impact of *feedback* on outcomes. The instrument used was the CORE (Evans et al., 2002) in its Spanish version (Feixas et al., 2012). The statistical analyses used to quantify the magnitude of the treatment effect were the percentage of non-overlapping data (PND) and the percentage of data from the treatment phase that improve the baseline median (PEM). After treatment, both people significantly decreased their symptoms. However, the techniques used to analyse the data and assess the magnitude of the changes do not allow us to conclude which factor is responsible for these changes, as is the case when performing any statistical analysis on data obtained in single case designs.

Keywords: ROM; systematic monitoring; CORE; *feedback*; case study; single case.

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract.....	3
Introducción.....	5
Método.....	9
Participantes.....	9
Instrumentos	10
Procedimiento	11
Análisis de datos.....	13
Resultados	14
Discusión	19
Referencias.....	24
Anexos	32

Introducción

Un dato relevante en psicoterapia es que aproximadamente la mitad de los pacientes¹ no se benefician del tratamiento, ya sea porque abandonan prematuramente, porque no mejoran o, incluso, porque empeoran (Castonguay et al., 2021; Lambert, 2010; Lampropoulos, 2011; Shimokawa et al., 2010). Resulta imperativo, por tanto, preguntarnos el porqué de estas cifras, tratando de desentrañar las causas y procurar soluciones con el objetivo de mejorar la eficacia de la terapia psicológica. Existen multitud de tratamientos validados y basados en la evidencia; sin embargo, los porcentajes de fracaso siguen repitiéndose de manera sistemática independientemente del modelo que se aplique (APA, 2013; Wampold e Imel, 2015). ¿Dónde está el problema? ¿Se nos está escapando algo en el ejercicio profesional? El hecho de que los tratamientos obtengan resultados similares sin importar el enfoque que adoptemos indica que los factores medulares responsables del cambio en psicoterapia no estarán tan relacionados con la teoría o las técnicas que se empleen, sino con otro tipo de variables. Si bien diversos autores han tratado de identificar las variables que contribuyen a explicar la eficacia de la terapia psicológica, este desglose sólo puede realizarse con el fin de facilitar su análisis y comprensión, ya que como indican Wampold e Imel (2015) no se pueden separar las variables implicadas en el proceso terapéutico al no funcionar éstas de forma aislada. En concreto, uno de los primeros autores que trató de hacerlo fue Lambert (1992); según su investigación, el éxito de la psicoterapia se explicaría fundamentalmente por los factores de la persona (40%) seguidos de la alianza (30%) y el resto se dividiría en placebo y expectativas de cambio (15%), y modelo terapéutico (15%). Varios años después, Wampold (2013) señaló que el 87% de los factores explicativos se debían a la persona, mientras que solo el 13% dependería de la psicoterapia en sí misma, incluyendo en esta tanto factores relacionados con las técnicas como con el terapeuta. Es importante destacar que en estos estudios el total de la varianza no puede determinarse con exactitud, ya que existen multitud de variables extraterapéuticas que no pueden medirse fácilmente (Duncan, 2010; Wampold e Imel, 2015). Otros estudios también han mostrado que las personas son las auténticas protagonistas del proceso de cambio y constituyen la variable más determinante en los

¹ En este trabajo se ha utilizado el masculino genérico con objeto de facilitar la lectura, pero siempre se referirá a «la/el paciente», así como «la/el terapeuta», «la/el psicóloga/o» o «la/el profesional». Asimismo, el uso del término «paciente» se ha empleado con la misma finalidad, pero siempre se contemplará desde una visión rogeriana de la persona.

resultados, seguida de la relación terapéutica que se consiga crear (APA, 2013; Bohart y Wade, 2013; Duncan y Miller, 2000; Norcross y Lambert, 2019; Wampold e Imel, 2015).

En cuanto a los factores de la relación terapéutica que ayudan a potenciar los resultados de la psicoterapia, destacan por su apoyo empírico la solidez de la alianza terapéutica y el uso del *feedback* que se proporcionan consultante y profesional como instrumento transversal a todo el proceso (Norcross y Wampold, 2011). El término *feedback* lo rescatamos de Lewin, quien lo tomó prestado de la ingeniería eléctrica y fue el primero en aplicarlo a las ciencias del comportamiento. La concepción básica del *feedback* implica proporcionar información a la persona acerca de sus comportamientos y de los efectos de estos. Por tanto, el *feedback* tiene componentes descriptivos y evaluativos, pero también motivacionales. Proporcionar información puede estimular una respuesta emocional que, a su vez, podría facilitar o complicar el potencial correctivo y beneficioso del proceso de *feedback*. En consecuencia, para la finalidad terapéutica se hace ineludible la necesidad de que sea el terapeuta quien maneje de forma deliberada el intercambio recíproco de la información con la persona (Claiborn et al., 2001). En el diálogo terapéutico existen como mínimo dos expertas/os, la persona que acude, experta en su vida y en su funcionamiento, y la psicóloga o psicólogo, experta/o en ayudar a la gente a disminuir (en la medida de lo posible) su sufrimiento. Por tanto, el *feedback* que pueda proporcionar la persona sobre cómo se está sintiendo en sesión, qué opina de lo que está realizando el profesional, su visión del proceso y de lo que ocurre, al igual que el que le proporciona el terapeuta sobre sus resultados y progresos, es absolutamente fundamental para el curso y el efecto de la propia terapia (Gimeno-Peón, 2021; Gimeno-Peón et al., 2018; Lambert y Shimokawa, 2011; Solari et al., 2020). Además de permitir a las personas ser agentes directos del cambio y sentirse realmente implicadas en el proceso, el *feedback* puede actuar como un “GPS terapéutico”, ayudando tanto a la persona como a el terapeuta a tomar decisiones conjuntas y a reconducir la terapia si fuese preciso (Duncan, 2010; Lambert et al., 2001a, 2001b).

La forma en que se evalúan los resultados en psicoterapia sobre los que se ofrece *feedback* a la persona toma el nombre de monitorización sistemática o ROM, por sus siglas en inglés (*Routine Outcome Monitoring*), que consiste en la evaluación periódica e inmediata mediante instrumentos estandarizados del progreso, o su ausencia, a lo largo del curso del tratamiento psicológico (Gimeno-Peón, 2018; Lambert, 2010). El uso de ROM es eficaz

especialmente para reducir el abandono y el deterioro de las personas, pero esto dependerá en última instancia de la habilidad y destreza de el terapeuta, ya que, al fin y al cabo, la utilidad de la información recogida dependerá de la competencia que se tenga a la hora de utilizarla (Gimeno-Peón, 2021). En el estudio de Hannan et al. (2005), donde se puso a prueba la habilidad de un grupo de profesionales para predecir la probabilidad de empeoramiento de sus consultantes, se encontró que no solo no supieron identificarla correctamente, sino que estimaban un porcentaje de resultados positivos del 91%, cuando en realidad únicamente se halló mejoría significativa en el 40% de los casos. Con respecto al deterioro, los profesionales predijeron que se produciría en un 1% de los casos, cuando el porcentaje obtenido fue de un 7,8%. Sin embargo, gracias al uso de la monitorización se pudo predecir correctamente el 90% de los casos de deterioro; por tanto, se concluye que esta es una herramienta bastante eficaz, dado el evidente sesgo de los terapeutas con respecto a sus capacidades y resultados. Este tema ha recibido varios nombres en la literatura especializada, como el ya indicado ROM o *Systematic Client Feedback* (*feedback* sistemático al cliente), entre otros. Independientemente del término que se utilice, de lo que se trata es de utilizar medidas que sirvan para evaluar el cambio durante el proceso de psicoterapia. Con este fin, se utilizan escalas y cuestionarios que la persona rellena en diferentes momentos (normalmente en cada sesión), permitiendo comparar los resultados longitudinalmente. Esto no solo nos permite observar el cambio de cada persona a lo largo del tiempo, sino que también podemos compararlo con la respuesta esperada al tratamiento, facilitando la posibilidad de modificar la intervención si fuese necesario (Gimeno-Peón, 2021). Entre los principales instrumentos de medida para la monitorización sistemática de resultados encontramos el *Outcome Questionnaire* (OQ-45; Lambert et al., 1996), cuya última versión es el OQ-45.2 (Lambert, 2015). A partir del uso clínico de esta escala, se derivó el *Partners for Change Outcome Management System* (PCOMS; Duncan & Reese, 2015; Miller & Duncan, 2000; Miller et al., 2002, 2003), que evalúa el malestar individual, personal y social de las personas al inicio de las sesiones y al finalizar estas, las dificultades que perciben en la alianza terapéutica y su valoración de la sesión. Por último, destaca el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE; Evans et al., 2002), cuyo uso se ha ido incrementando progresivamente, el cual será utilizado en este trabajo.

Los primeros estudios que investigaron los efectos del *feedback* fueron dirigidos por Michael Lambert y su equipo (Lambert et al., 2001a; 2001b; 2002a; Whipple et al., 2003). En

dichas investigaciones se obtuvieron hallazgos que apoyaban la hipótesis de que el *feedback* que proporcionaban los terapeutas a las personas sobre su progreso resultaba efectivo para mejorar sus resultados, particularmente en aquellas ocasiones donde existía riesgo de fracaso terapéutico, los llamados casos *NOT* — término que hace referencia a las personas que no están respondiendo adecuadamente al tratamiento — (Lambert et al., 2002b, 2003). Es escasa la investigación que se ha llevado a cabo sobre el efecto del *feedback* en la terapia psicológica, a pesar de lo cual su uso se ha ido incrementando progresivamente en la práctica clínica. En la Tabla 1 (incluida en Anexo 1) se ofrece una sistematización de los estudios empíricos existentes que ponen a prueba su eficacia en el tratamiento de distintos problemas. En síntesis, los hallazgos confirman que el uso del *feedback* incrementa la eficacia alcanzada con la terapia psicológica habitual, aumentando el bienestar y satisfacción de la persona (e.g., Bovendeerd et al., 2019). Estos hallazgos son coherentes con los resultados sobre las variables del proceso de *feedback*, que muestran que su uso favorece el proceso de autorreflexión y concienciación de la propia problemática (Greenhalgh et al., 2018).

Es particularmente relevante que el uso del *feedback* permite identificar los casos *NOT*, disminuyendo así no solo las tasas de abandono prematuro, sino la duración de la terapia y los costes asistenciales, e incrementando los casos de éxito terapéutico, además de contribuir significativamente a identificar y solucionar cualquier tipo de obstáculo que surja durante el tratamiento (Dyer et al., 2016; Vos et al., 2018). En cuanto a las variables que contribuyen a explicar su efecto, se encuentra la alianza terapéutica, factor fundamental para el éxito de la terapia (Brattland et al., 2019). A su vez, el uso del *feedback* constituye uno de los factores que puede fortalecer la alianza, ya que ayuda a mejorar la comunicación al establecer un contexto de colaboración y creencias congruentes, permitiendo que la persona adopte un papel más activo en el tratamiento (Greenhalgh et al. 2018; Lordon et al., 2020). Resulta primordial, por tanto, instaurar con la persona que acompañamos un clima de seguridad y confianza, lo cual contribuirá muy positivamente a los resultados del tratamiento (Constantino et al., 2022). En la eficacia del *feedback* también influyen otros factores relacionados principalmente con variables del propio terapeuta o con su forma de aplicación. Así, tanto la satisfacción con el terapeuta como con el uso sistemático del *feedback* constituyen grandes predictores de los resultados. Del mismo modo, influye de manera determinante en sus efectos la actitud que muestra el profesional, tal y como se observa en el estudio de De Jong et al. (2012), en el que se analizó el uso del *feedback* en

diferentes terapeutas. Se encontró que las terapeutas mujeres y aquellas/os con alto compromiso tienen más probabilidad de utilizar la información proporcionada por el *feedback*, mostrándose también más eficaces para los casos *NOT*. La valencia del mensaje también constituye una variable influyente; así, el *feedback* positivo contribuye a la eficacia al incrementar la credibilidad del profesional (Claiborn et al, 2001; Lutz et al., 2015).

A pesar de que el uso de la monitorización de resultados se considera relevante en la práctica basada en la evidencia en la psicología clínica (APA Presidential Task Force, 2006), su uso es aún escaso en la práctica clínica real, lo que se atribuye a la existencia de ciertas barreras como la actitud del terapeuta o su compromiso hacia la monitorización (Aafjes Van Doorn y Meisel, 2022; Bovendeerd et al., 2022). El objetivo de este trabajo consiste en analizar el impacto del *feedback* que proporciona el terapeuta a la persona sobre su progreso aplicado a dos casos clínicos extraídos de la práctica clínica habitual.

Método

Participantes

La muestra se compuso de dos participantes que fueron atendidos en la práctica clínica privada entre los años 2018 y 2019 en un centro de psicoterapia de Málaga, a los que referiremos de aquí en adelante como *Caso 1* y *Caso 2*. De una muestra original de 16 casos sobre los que se había aplicado *feedback* durante el proceso de intervención desde el año 2018, los criterios de inclusión en este estudio fueron tener edades comprendidas entre los 50 y 60 años, poseer un nivel socio-económico medio-alto y presentar problemas ansioso-depresivos sin otros diagnósticos. En cuanto al criterio de exclusión, consistió en recibir tratamiento farmacológico. El *Caso 1* era una mujer, cuyo motivo de consulta consistía en problemas con la familia de origen y el *Caso 2* era un varón que solicitaba consulta por ansiedad y problemas de pareja. Ambos tenían pareja estable e hijos mayores. Con respecto a la historia evolutiva, tenían una biografía similar, en tanto que habían tenido una vida complicada desde la segunda infancia. En concreto, referían haber padecido episodios recurrentes de maltrato que se traducían en un sentimiento continuo de temor y vulnerabilidad, lo que asociaban con la sintomatología ansiosa que presentaban en la actualidad. En cuanto a los síntomas específicos que presentaban, en el

Caso 1 existía una ansiedad en forma de opresión de garganta, sensación de nudo en el estómago, temblores frecuentes, palpitaciones y estado de hiperalerta, junto a inseguridad y miedo al rechazo. También presentaba tendencia a la culpa y sentimientos de rabia frecuentes. Con respecto al *Caso 2*, destacaba la ansiedad en forma de sequedad de boca y problemas gastrointestinales, junto a torpeza motora y cognitiva. Presentaba también síntomas disociativos como desrealización, además de inseguridad, sentimientos de rabia e irritabilidad frecuentes. La información para el diagnóstico se obtuvo mediante entrevista clínica y según el CIE-10 se definió, para el *Caso 1*, como Trastorno mixto ansioso-depresivo F41.2 —Z73.1 Acentuación de los rasgos de personalidad, Z63.1 Problemas relacionados con padres o familia política, Z61 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez. Para el *Caso 2* se definió como Reacción mixta ansiedad-depresión F43.22 —Z73.1 Acentuación de los rasgos de personalidad, Z63.0 Problemas en relación entre esposos o pareja, Z61 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez.

Instrumentos

El *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE; Evans et al., 2002) es un conjunto de escalas que miden bienestar subjetivo, funcionamiento, problemas/síntomas y riesgo, que se emplean para llevar a cabo la monitorización sistemática de resultados en psicoterapia, independientemente del tipo de problema psicológico y del tratamiento empleado. Consta de una versión de 34 ítems y de versiones de 18, 10 y cinco ítems utilizadas para monitorizar el progreso sesión a sesión. En este trabajo se utilizaron el CORE-34 y el CORE-18, compuesto este último de dos formas paralelas que se alternan en su aplicación (A y B) para prevenir el efecto del aprendizaje de los ítems. En este estudio se empleó la adaptación española realizada por Feixas et al. (2012) (incluida en Anexo 2). La escala presenta una fiabilidad test-retest entre 0.75 y 0.90 y posee alta validez y sensibilidad para detectar el cambio (Trujillo et al., 2016). En este estudio se utilizó la puntuación total tanto del CORE-34 como del CORE-18. La puntuación de cada ítem oscila entre 0 y 4, en una escala tipo Likert, que va de 0 (nunca) a 4 (siempre o casi siempre). Al sumar las puntuaciones y dividirse por el número de ítems, en sus distintas versiones la puntuación total va de 0 a 4, lo que permite que se puedan equiparar sus puntuaciones, indicando puntuaciones más altas una mayor gravedad. El punto de corte clínico

se ha establecido en 1.00 en una serie de estudios (Barkham, et al., 2006; Feixas et al., 2012). Por su parte, Evans et al. (2002) establecieron un punto de corte de 1.19 para varones y 1.29 para mujeres; y Trujillo et al. (2016) de 1.06 para varones y 1.13 para mujeres.

El *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1977) es un instrumento de 90 ítems que se emplea para evaluar la sintomatología clínica que ha experimentado la persona la semana anterior a su cumplimentación. En este trabajo se utilizó la adaptación española de la escala realizada por González de Riviera et al. (1989) (incluida en el Anexo 2). Es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación multidimensional con abundante evidencia a favor de su validez convergente, concurrente y predictiva (Gempp y Avendaño, 2008) y de la fiabilidad de sus escalas (Schmitz et al., 2000). En concreto, muestra una buena consistencia interna para todas las subescalas, con un alfa de Cronbach de 0.76 a 0.89, y para la escala global de 0.97 (Ignatyev et al., 2016). Los síntomas se evalúan en una escala tipo Likert que va desde 0 (nada) a 4 (extremadamente). El inventario evalúa diez factores o dimensiones de síntomas: Somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensibilidad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR), Psicoticismo (PSIC) y Depresión Melancólica (DM). También permite calcular tres índices generales que clasifican la sintomatología en tres niveles diferentes: Índice de Severidad Global (ISG), que fluctúa de 0 a 4; el Total de síntomas positivos (TSP), que fluctúa de 0 a 90; y, por último, el Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) como índice de intensidad sintomática media (Sánchez y Ledesma, 2009). En este trabajo se emplearon las puntuaciones de las nueve dimensiones, junto al índices ISG, por su fácil interpretación. En cuanto al punto de corte clínico se establece en 0.60 para funcional-moderadamente sintomático, y en 1.20 para moderadamente-gravemente sintomático (Schmitz et al., 2000).

Procedimiento

El procedimiento del estudio se llevó a cabo bajo las condiciones naturales del contexto de la práctica clínica privada. Antes de recibir la intervención, las personas que conformaban la muestra firmaron el consentimiento informado (incluido en el Anexo). La intervención psicológica empleada fue la que habitualmente se lleva a cabo en el centro, adaptada a las necesidades de cada usuario y aplicada desde un enfoque sistémico integrador (Bateson, 1972;

Gergen, 1985; Bertalanffy, 1968) (cuyos objetivos y técnicas validadas para el abordaje terapéutico de los problemas presentados se recogen en la Tabla 2), que se emplea habitualmente junto al uso de *Routine Outcome Monitoring* (ROM) por parte de algunos profesionales del centro. En concreto, una psicóloga clínica con experiencia previa en el uso de ROM llevó a cabo el tratamiento articulado en base al uso terapéutico del *feedback* en sesión sobre el progreso del paciente, el cual es objeto de estudio de este trabajo.

Tabla 2

Objetivos y técnicas empleadas en el tratamiento.

Objetivos	Técnicas
Comprender el funcionamiento del problema y contextualizar los síntomas actuales.	Psicoeducación sobre el funcionamiento del problema y síntomas.
Facilitar la expresión emocional.	Elaboración conjunta de historia de vida mediante genograma e histograma.
Flexibilización de esquemas sobre sí misma/o y los otros.	Reestructuración cognitiva, principalmente mediante uso del diálogo socrático, recapitulaciones y elaboración conjunta de hipótesis alternativas.
Reelaboración de recuerdos y experiencias negativas.	EMDR.
Cambio de narrativas disfuncionales.	Validación experiencial.
Planteamiento de problemas/metas/soluciones.	Entrenamiento en solución de problemas.

En el *Caso 1* se llevaron a cabo 12 sesiones de tratamiento, mientras que en el *Caso 2* fueron 15, en ambos con un lapso inter-sesiones de alrededor de dos semanas y una duración total de siete y ocho meses, respectivamente. Como medidas pretratamiento, ambos participantes cumplieron el CORE-34 y el SCL-90-R. El CORE-34 fue también pasado antes de las sesiones que se correspondían con los meses tercero y sexto de intervención, concretamente en las sesiones siete y 11 en el *Caso 1*, y en las sesiones siete y 14 en el *Caso 2*, y el SCL-90-R tras el mes sexto de intervención. Adicionalmente, antes de cada una de las restantes sesiones de tratamiento y alternando entre sus formas A y B, ambos participantes rellenaban el CORE-18. Adaptando las pautas habitualmente utilizadas para proporcionar *feedback* (Gimeno-Peón, 2021; Lambert et al., 2001b), el uso del CORE-18 previo a cada sesión de tratamiento permitía a la

psicóloga proporcionar *feedback* al paciente de los progresos obtenidos de manera transversal a todo el proceso. Para ello, se tenían particularmente en cuenta los ítems que presentaban una puntuación elevada o evidenciaban índice de riesgo. Además, la observación de las gráficas con las puntuaciones del CORE-34 cada tres meses permitía al paciente ser consciente de los momentos de la intervención en los que se producían cambios, fueran mejorías o empeoramientos, los cuales eran analizados en el seno de las sesiones. Este estudio se adecúa, así, a un diseño A-B intra-sujeto (Kazdin, 1992), aplicado sobre dos pacientes en la práctica clínica real a los que se proporciona *feedback* sobre su progreso terapéutico como elemento central de tratamiento y se evalúa el cambio alcanzado.

Análisis de datos

En primer lugar, siguiendo el análisis clásico en diseños de caso único, se realizó un análisis visual de la representación gráfica de la serie de datos con el objetivo de escrutar posibles patrones de cambio entre la línea base (LB) y la fase de tratamiento, obteniendo así un primer acercamiento a la magnitud del efecto producido por el tratamiento (Barlow y Hersen, 1988; Bono Cabré y Arnau Grass, 2014; Kazdin, 1992). Complementariamente, en los últimos años se han propuesto una serie de técnicas estadísticas para cuantificar la magnitud del efecto (Parker et al., 2011; Sanz y García-Vera, 2015). Estos índices estadísticos se han mostrado relevantes para analizar los estudios con diseño de caso único en la práctica clínica, pudiéndose calcular con un número muy pequeño de datos en LB o en el tratamiento (Parker et al., 2011). Con ligeras variaciones, todas estas técnicas están basadas en la comparación de los datos de la fase de tratamiento con los datos de la LB. Dentro de esta lógica, el índice más utilizado es el del porcentaje de datos no solapados (PND; Scruggs y Mastropieri, 2013). Este índice cuantifica el número de datos en la fase de tratamiento que mejoran el mejor de los datos de la LB, dividiendo el número resultante entre el número total de sesiones de tratamiento y multiplicando el dato resultante por 100. Un índice alternativo que sigue la misma lógica es el del porcentaje de datos de la fase de tratamiento que mejoran la mediana de la LB (PEM; Ma, 2006). La diferencia con PND es que el dato de referencia para comparación en la LB no es el mejor dato disponible en ella, sino la mediana de los mismos, asumiendo así que la mediana es un buen resumen de la LB. Dado que nuestro diseño parte de una situación clínica real en la que se inicia el tratamiento en la

primera sesión de consulta, sólo disponíamos de un dato en LB, obtenido previamente a la primera sesión, por lo que las técnicas PND y PEM (basadas en la comparación con el mejor dato o en la mediana de los datos de la LB, respectivamente) arrojarían resultados similares. Por tanto, en el presente trabajo, se complementó el análisis visual de los datos con técnicas basadas en el PND, utilizando para ello las puntuaciones del CORE-34 y CORE-18, ambas interpretables en la misma escala (0 a 4).

En segundo lugar, se analizó si el cambio obtenido en las puntuaciones de las escalas es fiable y clínicamente significativo (Jacobson & Truax, 1991). El Índice de Cambio Fiable (ICF; Mullin et al., 2006) establece el mínimo cambio requerido tras el tratamiento que permite concluir si la mejoría alcanzada es fiable. En base a estudios previos, Mullin et al. (2006) establecieron el criterio de 0.5 puntos de disminución en la puntuación pos-tratamiento del CORE sobre la puntuación pre-tratamiento, el cual ha sido posteriormente validado en la versión española de la escala empleada en este trabajo (Feixas et al., 2012). Junto al uso de este criterio, también se analizó si el cambio alcanzado ha supuesto un cambio clínicamente significativo (CCS) tanto para el CORE como para el SCL-90-R, identificando si las puntuaciones han pasado a estar por debajo del punto de corte clínico.

Resultados

La inspección visual de los cambios alcanzados a lo largo de la intervención muestra que, con respecto al CORE, tal y como se observa en la Figura 1, en el *Caso 1* la puntuación comienza en un rango clínico (1.3), sufrió un ligero agravamiento entre las sesiones tres y cuatro, bajando por debajo de la LB en la sesión cinco y, a medida que transcurre el tratamiento, disminuyendo progresivamente hasta 0.39 (rango no clínico). Se ha producido, consecuentemente, una mejoría fiable al existir una disminución de 0.5 puntos. Se produjo también un cambio clínicamente significativo al disminuir la puntuación de la LB por debajo del punto de corte clínico de 1.00, cumpliendo así todos los criterios establecidos (ver apartado *Instrumentos*).

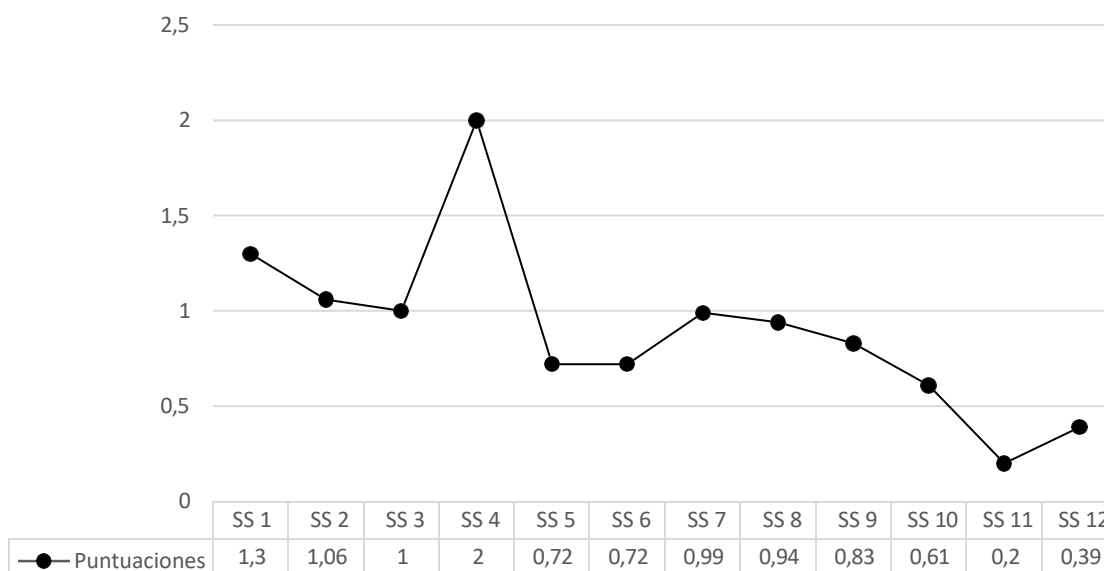


Figura 1. Puntuaciones en CORE para el *Caso 1* durante el proceso de intervención.

Nota. SS: nº de sesión.

Con respecto al *Caso 2*, en la Figura 2 puede observarse que comenzó con una puntuación de 0.97, la cual no alcanzaba el rango clínico y, a medida que transcurría el tratamiento, fue disminuyendo en zigzag y progresivamente hasta 0.17. Consiguientemente, se ha producido una mejoría fiable al existir una disminución de 0.5 puntos desde la LB hasta el pos-tratamiento.

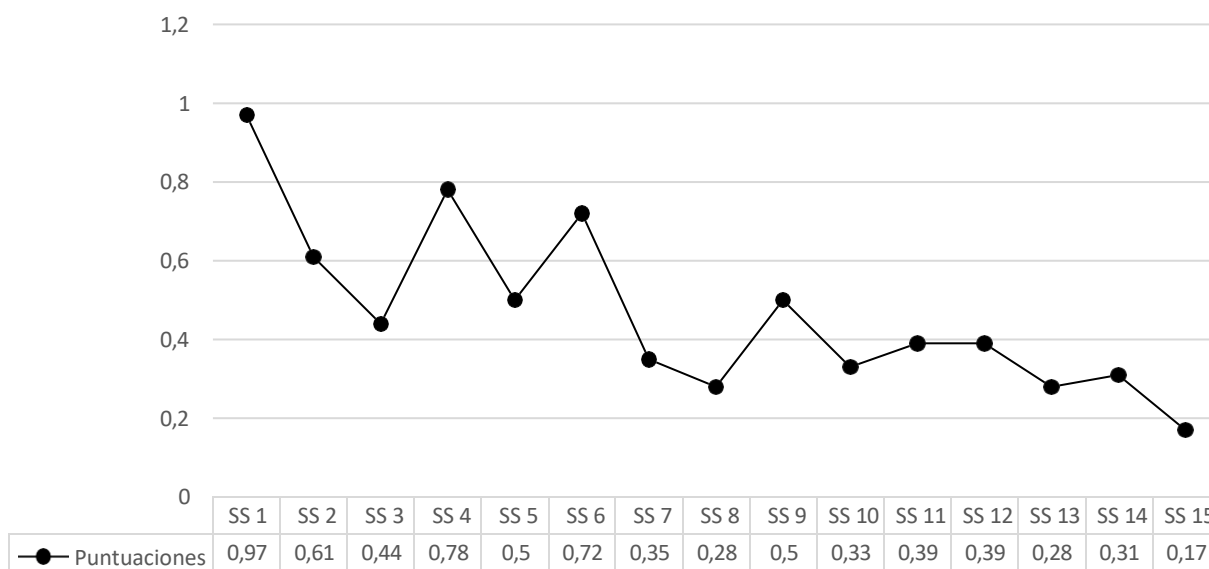


Figura 2. Puntuaciones en CORE para el *Caso 2* durante el proceso de intervención.

Nota. SS: nº de sesión.

Con respecto al SCL-90-R, en la Figura 3 vemos los resultados obtenidos en el *Caso 1* para sus distintas dimensiones. Se puede observar cómo en la LB las puntuaciones en casi todas las dimensiones, excepto Hostilidad, Ansiedad Fóbica y Psicoticismo, estaban dentro del rango moderada-gravemente sintomático (>1.20); y a los seis meses se observa una reducción clínicamente significativa alcanzándose el rango no clínico en todas las escalas (<0.60), y ausencia total de síntomas en las dimensiones Depresión, Sensibilidad interpersonal, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. En cuanto al *Caso 2*, en la Figura 4 se observa cómo en la LB las puntuaciones en las dimensiones Somatizaciones, Ansiedad y Depresión Melancólica están dentro del rango funcional-moderadamente sintomáticas (>0.60); y a los seis meses se observa una reducción clínicamente significativa de todas las dimensiones a excepción de las dimensiones de Depresión, Hostilidad e Ideación Paranoide, que empeoran ligeramente (sin alcanzar el rango clínico). En cuanto al Índice de Severidad Global del SCL-90-R, en la Figura 5 se observa que en el *Caso 1* pasa de 0.6 a 0.11 puntos, por lo que se trata de un caso clínico en el que se consiguió un cambio de significación clínica. Con respecto al *Caso 2*, en la Figura 6 se observa que, si bien la LB no alcanzaba el rango clínico, se produjo también una disminución de síntomas, al pasar de 0.45 a 0.27 puntos.

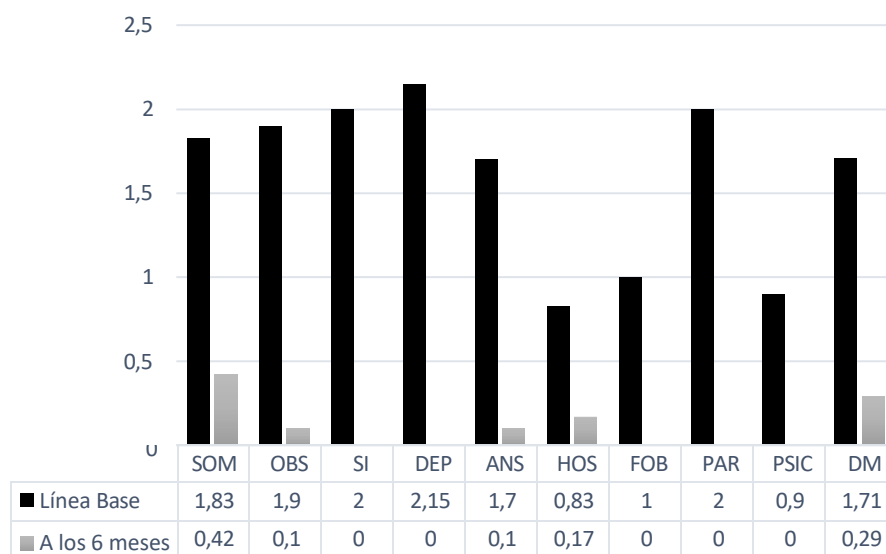


Figura 3. Puntuaciones en SCL-90-R para el *Caso 1* LB/a los 6 meses de intervención.

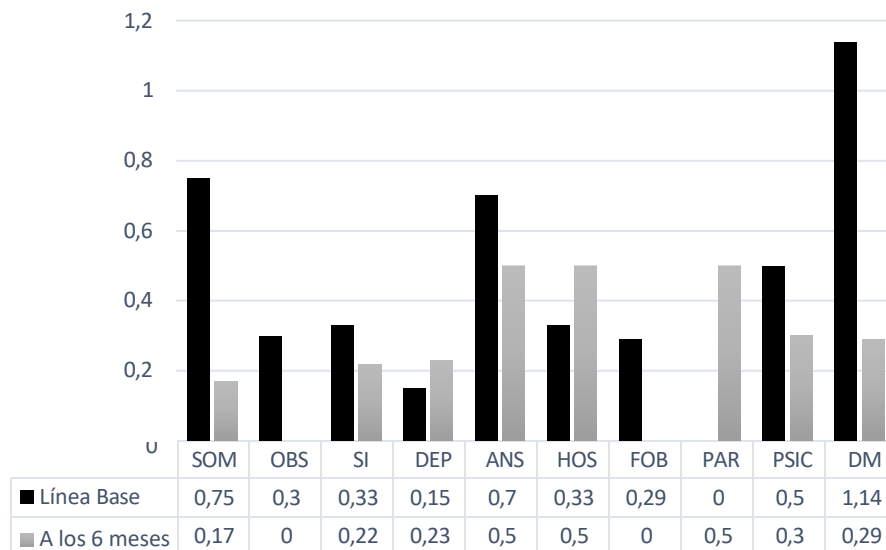


Figura 4. Puntuaciones en SCL-90-R para el Caso 2 LB/a los 6 meses de intervención.

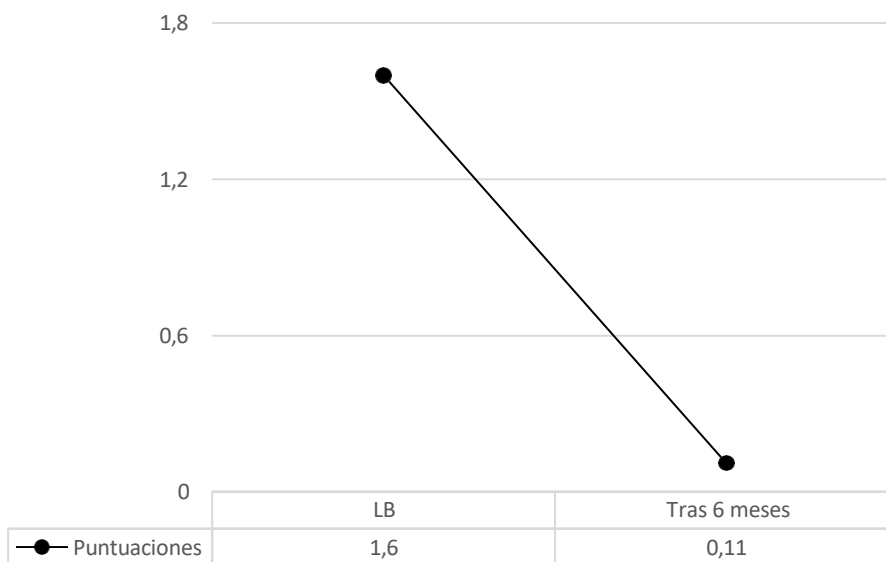


Figura 5. Índice de Severidad Global en SCL-90-R para el Caso 1.

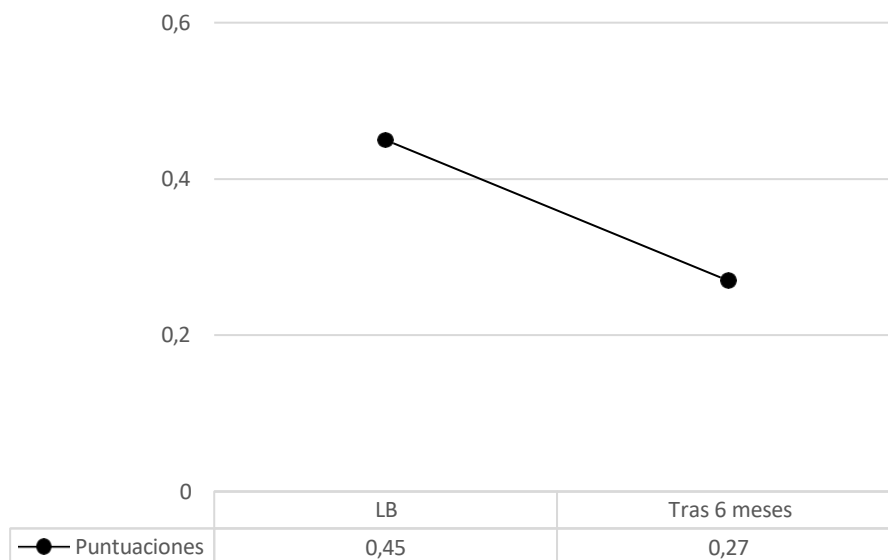


Figura 6. Índice de Severidad Global en SCL-90-R para el *Caso 2*.

Por otra parte, respecto al análisis del cambio producido durante el proceso terapéutico, para lo que se han comparado las puntuaciones del CORE durante el tratamiento que mejoraban las obtenidas durante la LB, como se ha descrito en el apartado de Análisis de Datos, la aplicación del análisis cuantitativo en diseños de caso único basado en el porcentaje de datos no solapados (PND) y en el porcentaje de datos que mejoran la mediana (PNE) sería similar en nuestro diseño. En concreto, en el *Caso 1*, su puntuación de LB es 1.29, los datos de la fase de tratamiento que mejoran la LB son 10, y el número total de datos de la fase de tratamiento es 11, lo que da lugar a un PND y PNE del 90.91% ($\text{PND} = \text{PNE} = 10 / 11 * 100 = 90.91\%$). Con respecto al *Caso 2*, su puntuación de LB es 0.97, los datos de la fase de tratamiento que mejoran la LB son 14, y el número total de datos de la fase de tratamiento son también 14, lo que da lugar a un PND y PNE del 100% ($\text{PND} = \text{PNE} = 14 / 14 * 100 = 100\%$). Para la interpretación de estos índices se han sugerido unos intervalos sobre los que interpretar los valores resultantes. En el caso de PND, valores inferiores al 50% serían indicativos de no efectividad del tratamiento, valores entre el 50% y el 70% indicativos de una efectividad cuestionable, valores entre el 70% y el 90% indicativos de un tratamiento bastante efectivo y valores por encima del 90% indicativos de tratamientos muy efectivos (Scruggs y Mastropieri, 1998). En el caso de PNE se han propuesto rangos muy similares, estableciéndose valores por debajo del 70% como indicativos

de tratamiento no efectivo o cuestionable, valores entre el 70% y el 90% indicativos de tratamientos moderadamente efectivos y valores superiores al 90% como indicativos de tratamientos muy efectivos (Ma, 2006). La aplicación de estas escalas de interpretación a los valores obtenidos en los dos casos estudiados en nuestro trabajo, cuyos tamaño del efecto (PND ó PNE) han sido de 90.91% para el *Caso 1* y 100% para el *Caso 2*, situaría la eficacia del tratamiento en el intervalo de muy efectivo.

Por último, respecto a los resultados a nivel cualitativo se observó en síntesis que, en el *Caso 1*, conforme avanzaba la intervención se produjo una disminución progresiva de la reactividad emocional asociada al recuerdo de experiencias vitales negativas y en el discurso de la paciente se apreciaba una mayor orientación hacia el presente con respecto al pasado. También se produjeron mejorías en sus relaciones interpersonales y se consiguió una mayor flexibilidad y menores exigencias, tanto hacia sí misma como hacia los demás. Por último, se logró la disminución del estado de alerta y un autoconcepto más positivo y adaptativo. En cuanto al *Caso 2*, con la intervención se consiguió una mayor capacidad para gestionar los celos y la inseguridad, lo que contribuyó tanto a mejorar los problemas relacionales como a disminuir el nivel de alerta y la hipervigilancia hacia la pareja. Además, disminuyeron las conductas de control, lo que se asoció a un incremento en la autorregulación tanto conductual como emocional y a una mejora en la percepción de sí mismo.

Discusión

El presente trabajo tenía como objetivo analizar el impacto en los resultados del *feedback* que proporciona el paciente sobre sus progresos a lo largo del proceso terapéutico. En concreto, se evaluó el uso de ROM utilizando el CORE (Evans et al., 2002) como instrumento de monitorización rutinaria de los resultados sobre dos personas que se atendían en el contexto de la práctica clínica real. Se escogieron para el estudio participantes que presentaban problemas ansioso-depresivos por encontrarse estos dentro de las problemáticas más frecuentes en la práctica clínica, con objeto de poder generalizar en la medida de lo posible los efectos observados a pesar de las limitaciones connaturales a los diseños de caso único. Aun teniendo una problemática similar, ambos casos comenzaron la intervención desde un nivel de gravedad

distinto, lo que nos sirve para representar la aplicación de ROM a la gran variabilidad sintomática que presentan los casos atendidos en la práctica clínica. Al comparar las puntuaciones obtenidas tanto en el CORE como en el SCL-90-R, se observaron cambios fiables y significativos, con un tamaño del efecto que calificaba al tratamiento como “muy efectivo” en ambos participantes. Así, se han utilizado dos medidas complementarias, el CORE como medida del cambio que se iba produciendo, sesión a sesión, a lo largo del proceso terapéutico, y el SCL-90-R como medida independiente que permitía constatar la validez de los cambios alcanzados.

Los resultados obtenidos se suman a los hallazgos previos que se muestran en la Tabla 1 sobre el uso de la monitorización sistemática de resultados como medio para mejorar la efectividad del tratamiento (De Jong y Doorn, 2022). El estudio de Howard et al. (1996) fue el primero en sugerir que el uso de medidas rutinarias para evaluar los progresos de los pacientes favorecía los resultados de la intervención. Desde entonces, se han sucedido distintos ensayos controlados aleatorizados (ECA) y meta-análisis como el de Shimokawa et al. (2010) o Lambert et al. (2018), además de estudios que analizan de manera crítica la cuestión tras revisar la literatura disponible, como el de Duncan y Sparks (2020). Aunque aún son escasos, estos estudios ponen de manifiesto que el uso de ROM contribuye a mejorar los resultados que obtienen las personas en tratamiento psicológico. Tal como proponen De Jong et al. (2021), el uso de ROM ha contribuido a identificar en los casos analizados las situaciones en las que existía riesgo de fracaso terapéutico, así como a reducir la duración del tratamiento y establecer una dirección coherente a la que dirigirse, resultando fundamental para el curso de la propia terapia. Además, a través del ROM se han podido detectar mejorías que podían pasar fácilmente desapercibidas en el contexto terapéutico, y se ha dado la oportunidad a las personas atendidas de ser conscientes de sus progresos (Youn et al., 2012). Cabe enfatizar que el uso del ROM no consiste únicamente en recoger datos sobre el progreso de los pacientes, sino que, como se ha hecho en los casos expuestos en este trabajo, el sentido de proporcionar *feedback* se basa en gran medida en la necesidad de comprender y prevenir los abandonos prematuros, los estancamientos, así como los resultados negativos en la intervención psicológica.

En este trabajo se ha combinado el uso de ROM, mediante el pase del CORE, con proporcionar *feedback* sobre el progreso en las sesiones, lo que otorgaba a la persona la posibilidad de tomar conciencia sobre su estado antes de cada sesión. En estudios futuros se

debería poner a prueba el papel de cada uno de estos elementos por separado para analizar su aportación específica al cambio alcanzado por los pacientes. A la luz de nuestros resultados, el uso de ROM se ha mostrado eficaz para la intervención en personas con problemas ansioso-depresivos de distinto nivel de gravedad, si bien para confirmar estos hallazgos sería necesario realizar estudios futuros que comparen la intervención realizada con el tratamiento habitual empleado sin la inclusión de ROM y *feedback*, lo que permitiría concluir cuál es la aportación de estas estrategias a los resultados. En este trabajo, además, se utiliza exclusivamente el *feedback* que proporciona el terapeuta a la persona sobre su progreso y no se tiene en cuenta el *feedback* que proporciona la propia persona al terapeuta sobre lo que opina y cómo se siente con el proceso en sí mismo, con la monitorización de los resultados y con todo lo que estamos realizando a lo largo del tratamiento. Esta información puede resultar también fundamental, ya que permitiría aumentar la comprensión de la persona, así como sus necesidades y la dirección que quiere seguir (Gimeno-Peón, 2021). Por ello, en próximas investigaciones debería analizarse el impacto en los resultados del *feedback* que se proporciona en ambas direcciones. Asimismo, tomando como referencia los resultados de Brattland et al. (2019), también resulta interesante que futuros estudios analicen en profundidad el papel mediador de la alianza terapéutica en los efectos del ROM, a la vez que, siguiendo a Boswell et al. (2022), se examine cómo varía, en función de la idiosincrasia única psicólogo-paciente, el impacto de la alianza en los resultados. Aunque la literatura permite hipotetizar la capacidad del ROM para prevenir las recaídas (Bovendeerd et al., 2019; Gimeno-Peón, 2021), hacen falta estudios que analicen rigurosamente su papel como herramienta que dote al tratamiento de un potencial preventivo sobre las mismas.

El ROM, además, es una herramienta transversal al proceso terapéutico que se integra en la propia relación terapéutica, independientemente del tipo de problemática que sufra la persona, por lo que su uso constituye un valioso aporte transdiagnóstico. En cuanto a los sistemas de implementación de ROM, pocos tienen en cuenta medidas del proceso de intervención como la alianza terapéutica o la empatía (Aafjes Van Doorn & Meisel, 2022), por lo que la investigación futura puede dirigirse a explorar la medición de estos factores. Por otra parte, la mayoría de los estudios sobre monitorización tienen en cuenta exclusivamente población adulta (Valdiviezo-Oña y Montesano, 2024), por lo que también resulta importante dirigir el estudio hacia otras poblaciones, como la adolescente, tal y como hacen Dyason et al. (2020). En este sentido, la literatura sigue siendo escasa a la hora de determinar la influencia del *feedback* en las distintas

modalidades terapéuticas (Claiborn et al, 2001). Por último, teniendo en cuenta la importancia y el impacto del *feedback* en la terapia psicológica, será importante investigar sobre el perfil concreto de persona que más probablemente se beneficiaría de la monitorización sistemática (Bovendeerd et al., 2022). En concreto, se deberían analizar tanto las variables de personalidad que moderan el impacto del *feedback* como el efecto que este produce para el cambio en las propias variables de personalidad de los pacientes.

Este trabajo no está exento de limitaciones. En primer lugar, las técnicas que se han utilizado para analizar los datos y evaluar la magnitud de los cambios terapéuticos producidos en los casos analizados no permiten concluir cuál es el factor responsable de esos cambios, como ocurre al realizar cualquier análisis estadístico sobre los datos obtenidos en diseños de caso único. Así, el haber obtenido una magnitud de cambio grande o clínicamente significativo tras la intervención clínica, como ocurre en este estudio, no permite descartar las amenazas a la validez interna y extraer conclusiones causales sobre los efectos del tratamiento, lo que requeriría algún tipo de diseño experimental que será empleado en futuros estudios. A pesar de ello, el presente trabajo ha sido planificado, tal como propusiera Kazdin (1992), de forma que se han reducido en la medida de lo posible las amenazas a la validez interna de los diseños A-B a partir de: (a) haber obtenido múltiples medidas del problema tanto durante la LB como durante el tratamiento, con el uso de una medida de resultados independiente al proceso; y (b) la replicación o comparación de los cambios terapéuticos en más de un paciente, en los casos analizados en este estudio presentando diferentes niveles de gravedad en su problema clínico. Otra de las limitaciones estriba en el hecho de que no se haya llevado a cabo un seguimiento de los resultados alcanzados, lo que se ha debido a la naturaleza del estudio realizado en la práctica clínica real en la que los pacientes deciden su asistencia a las sesiones. Sin embargo, cabe mencionar que en ambos casos se ofreció, como es proceder habitual, la oportunidad de sesiones adicionales de seguimiento ante cualquier necesidad que pudiera surgir, lo que no fue solicitado por parte de estos pacientes.

Por último, este trabajo presenta también fortalezas, entre las que destaca la propia metodología de estudio de casos, los cuales se han extraído directamente de la práctica clínica real, lo que dota a la investigación de validez ecológica (Widdowson, 2011), y permite observar con detalle cómo se adapta el ROM a este entorno, ya que su implementación requiere ajustarse

tanto al paciente como al psicólogo. Este tipo de estudios, al estar por naturaleza orientados a la práctica, contribuyen a difuminar la línea divisoria entre la práctica y la investigación en psicoterapia (Borckardt et al., 2008; Iwakabe y Gazzola, 2009; Kazdin, 2008; McLeod, 2002). El estudio de casos, a su vez, constituye una forma útil y valiosa de comunicación entre investigadoras/es (De Vicente-Colomina et al., 2020). Existe el interés, por tanto, de impulsar el estudio de casos reales en la investigación en psicoterapia mediante una metodología rigurosa que proporcione un enfoque distinto, desde una perspectiva idiográfica y alternativa a los clásicos ECA, que permita profundizar en la forma en que se aplican las técnicas en la práctica clínica (Carlson et al., 2012; Fishman, 2013; Iwakabe y Gazzola, 2009).

A modo de conclusión, el cuestionario CORE ha mostrado ser una herramienta eficaz para la monitorización sistemática de resultados, y esta, a su vez, se ha mostrado útil para llevar a cabo una intervención eficaz en personas con problemas ansioso-depresivos de distinta gravedad. El uso del *feedback*, además de contribuir a resolver los posibles obstáculos que sobrevengan en el proceso terapéutico y a mejorar los resultados del tratamiento, nos facilita la capacidad de entender a la persona que tenemos delante, así como su propio proceso de cambio.

Referencias

- American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102-109. <https://doi.org/10.1037/a0030276>
- American Psychological Association, 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>
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling And Psychotherapy Research*, 6(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/14733140600581218>
- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1988). Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual. *Barcelona: Martínez Roca* (orig. 1984).
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Jason Aronson.
- Bohart, A. C. y Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Ed., pp. 219-257). Hoboken, NJ: Wiley
- Bono Cabré, R. y Arnau Gras, J. (2014). Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud. Madrid: Síntesis.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D. y O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, 63(2), 77-95. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.2.77>
- Boswell, J. F., Constantino, M. J., & Coyne, A. E. (2022). What works in therapy when delivered by whom? Science and Practice. *Clinical Psychology*, 29(2), 137-139. <https://doi.org/10.1037/cps0000072>
- 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(5), e025701. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025701>
- Bovendeerd, B., De Jong, K., De Groot, E. R., Moerbeek, M., & De Keijser, J. (2022). Enhancing the effect of psychotherapy through systematic client feedback in outpatient mental healthcare: A cluster randomized trial. *Psychotherapy Research*, 32(6), 710-722. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2015637>

- Brattland, H., Koksvisk, J. M., Burkeland, O., Klöckner, C. A., Lara-Cabrera, M. L., Carreira, E. M., Wampold, B. E., Ryum, T., & Iversen, V. C. (2019). Does the working alliance mediate the effect of routine outcome monitoring (ROM) and alliance feedback on psychotherapy outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology, 66*(2), 234-246.
<https://doi.org/10.1037/cou0000320>
- Carlson, C. I., Ross, S. G. y Stark, K. H. (2012). Bridging systemic research and practice: Evidence-based case study methods in couple and family psychology. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 1*(1), 48-60. <https://doi.org/10.1037/a0027511>
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Youn, S. J., & Page, A. C. (2021). Practice-based evidence – Findings from routine clinical settings. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (50th anniversary ed.) (pp. 191–221). Wiley.
- Claiborn, C. D., Goodyear, R. K., & Horner, P. A. (2001). Feedback. *Psychotherapy, 38*(4), 401-405.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.401>
- Constantino, M. J., Gaines, A. N., & Coyne, A. E. (2022). Clients' own perspectives on psychotherapy outcomes and their mechanisms. In *American Psychological Association eBooks* (pp. 317-349). <https://doi.org/10.1037/0000303-012>
- De Jong, K., & Doorn, K. A. (2022). Routine outcome monitoring: The need for case examples. *Journal Of Clinical Psychology, 78*(10), 1963-1972. <https://doi.org/10.1002/jclp.23441>
- De Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 85*, 102002. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002>
- De Jong, K., Van Sluis, P., Nugter, A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research, 22*(4), 464-474. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.673023>
- De Vicente-Colomina, A., Santamaría, P., & González-Ordi, H. (2020). Directrices para la Redacción de Estudios de Caso en Psicología Clínica: PHYSCHOCARE Guidelines. *Clínica y Salud/CliNica y Salud, 31*(2), 69-76. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a6>
- Derogatis, L. R. (1977). Symptoms checklist-90. Administration, scoring, and procedures manual for the revised version.

- Duncan, B. L. (2010). On becoming a better therapist. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/12080-000>
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169-187. <https://doi.org/10.1023/A:1009448200244>
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 52(4), 391-401. <https://doi.org/10.1037/pst0000026>
- Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2020). When meta-analysis misleads: A critical case study of a meta-analysis of client feedback. *Psychological Services*, 17(4), 487-496. <https://doi.org/10.1037/ser0000398>
- Dyason, K. M., Shanley, D. C., O'Donovan, A., & Low-Choy, S. (2020). Does feedback improve psychotherapy outcomes compared to treatment-as-usual for adults and youth? *Psychotherapy Research*, 30(3), 310-324. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620367>
- Dyer, K., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2016). Effects of providing domain specific progress monitoring and feedback to therapists and patients on outcome. *Psychotherapy Research*, 26(3), 297-306. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.983207>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180, 51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- Evans, C.E., Connell, J., Barkham, M., Mellor-Clark, J., Margison, F., McGrath, G. y Audin, K. (1998) *The CORE outcome measure: user's manual*. Leeds: Core System Group.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Gutiérrez, L. Á. S., Botella, L., Corbella, S., González, E., López, A. B., Grau, E. G., & López-González, M. Á. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Fishman, D. B. (2013). The pragmatic case study method for creating rigorous and systematic, practitioner-friendly research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 403-425. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v9i4.1833>
- Gempp, R., & Bravo, C. A. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1). <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000100004>
- Gergen, K., 1985. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist* 40(3): 266-275.

- Gimeno-Peón, A. (2021). *Mejorando los resultados en psicoterapia: Principios terapéuticos basados en la evidencia*. Ediciones Pirámide.
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A., & Prado-Abril, J. (2018). Routine outcome monitoring and feedback in Psychotherapy. *Psychologist Papers*, 39(3), 174-182. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>
- González de Rivera, J. L.; Derogatis, L.R.; de las Cuevas, C.; Gracia Marco, R.; Rodríguez-Pulido, F.; Henry-Benítez, M; Monterrey, A. L. (1989). The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Clinical Psychometric Research*, Towson.
- Greenhalgh, J., Gooding, K., Gibbons, E., Dalkin, S., Wright, J., Valderas, J. M., & Black, N. (2018). How do patient reported outcome measures (PROMs) support clinician-patient communication and patient care? A realist synthesis. *Journal Of Patient-Reported Outcomes*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0061-6>
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal Of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *The American Psychologist*, 51(10), 1059–1064. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.51.10.1059>
- Ignatyev, Y., Fritsch, R., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2016). Psychometric properties of the symptom check-list-90-R in prison inmates. *Psychiatry Research*, 239, 226-231. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.007>
- Iwakabe, S. y Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 601-611. <https://doi.org/10.1080/10503300802688494>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Lambert, M. (2015). Outcome Research: methods for improving outcome in routine care. En: O, Gelo; A. Pritz & B. Rieken. *Psychotherapy Research: Foundations, Process and Outcome*. Viena: Springer Verlag.

- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and electrical therapist. En J.C. Norcross y S. L. Garfield (eds), *Handbook of psychotherapy integration*, NY, Wiley, págs. 94-129.
- Lambert, M. J. (2010). Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/12141-000>
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72-79. <https://doi.org/10.1037/a0022238>
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001a). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 69(2), 159-172. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.69.2.159>
- Lambert, M. J., Lunnen, K., Umphress, V., Hansen, N. B., & Burlingame, G. M. (1996). *Administration and Scoring Manual for the Outcome Questionnaire (OQ - 45.1)* Salt Lake: IHC Center for Behavioral Health Care Efficacy.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55(4), 520-537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Bishop, M. J., Vermeersch, D. A., Gray, G. V., & Finch, A. E. (2002b). Comparison of empirically-derived and rationally-derived methods for identifying patients at risk for treatment failure. *Clinical Psychology & Psychotherapy/Clinical Psychology And Psychotherapy*, 9(3), 149-164. <https://doi.org/10.1002/cpp.333>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? *A meta-Analysis. Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 288–301. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg025>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001b). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11(1), 49–68. <https://doi.org/10.1080/713663852>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., & Goates, M. (2002a). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: a replication. *Clinical Psychology & Psychotherapy/Clinical Psychology And Psychotherapy*, 9(2), 91-103. <https://doi.org/10.1002/cpp.324>
- Lampropoulos, G. K. (2011). Failure in psychotherapy: an introduction. *Journal Of Clinical Psychology*, 67(11), 1093-1095. <https://doi.org/10.1002/jclp.20858>

- Lordon, R. J., Mikles, S. P., Kneale, L., Evans, H. L., Munson, S. A., Backonja, U., & Lober, W. B. (2020). How patient-generated health data and patient-reported outcomes affect patient–clinician relationships: A systematic review. *Health Informatics Journal*, 26(4), 2689–2706. <https://doi.org/10.1177/1460458220928184>
- Lutz, W., De Jong, K., & Rubel, J. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go? *Psychotherapy Research*, 25(6), 625–632. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1079661>
- Ma, H. H. (2006). An alternative method for quantitative synthesis of single-subject researches: percentage of data points exceeding the median. *Behavior Modification*, 30, 598–617. <https://doi.org/10.1177/0145445504272974>
- McLeod, J. (2002). Case studies and practitioner research: Building knowledge through systematic inquiry into individual cases. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(4), 264–268. <https://doi.org/10.1080/14733140212331384755>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J., & Claude, 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, 91–100.
- Miller, S., & Duncan, B. L. (2000). *The Outcome Rating Scale*. Jensen Beach, FL: Author.
- Miller, S., Duncan, B., & Johnson, L. (2002). *The Session Rating Scale*. Jensen Beach, FL: Author.
- Mullin, T., Barkham, M., Mothersole, G., Bewick, B. M., & Kinder, A. (2006). Recovery and improvement benchmarks for counselling and the psychological therapies in routine primary care. *Counselling And Psychotherapy Research*, 6(1), 68–80. <https://doi.org/10.1080/14733140600581515>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). What Works in the Psychotherapy Relationship: Results, Conclusions, and Practices. *Oxford University Press* (pp. 631–646). [https://doi.org/10.1093/med-
psych/9780190843953.003.0018](https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0018)
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Parker, R. I., Vannest, K. J. y Davis, J. L. (2011). Effect size in single-case research: a review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35, 303–322. <https://doi.org/10.1177/0145445511399147>

- Pejtersen, J. H., Viinholt, B. C. A., & Hansen, H. P. (2020). Feedback-informed treatment: A systematic review and meta-analysis of the partners for change outcome management system. *Journal Of Counseling Psychology*, 67(6), 723-735. <https://doi.org/10.1037/cou0000420>
- Sánchez, R. O., & Ledesma, R. D. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 18(3), 265-274.
- Sanz, J., & García-Vera, M.P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26 (3), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.dysa.2015.09.004>
- Schmitz, N., Hartkamp, N., & Franke, G. H. (2000). Assessing Clinically Significant Change: Application to the SCL-90-R. *Psychological Reports*, 86(1), 263-274. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.86.1.263>
- Schöttke, H., Unrath, M., & Uhlmann, C. (2019). The Effect of Patient Progress Feedback on Psychotherapy Outcome. *Verhaltenstherapie*, 32(Suppl. 1), 116-126. <https://doi.org/10.1159/000503765>
- Scruggs, T. E. y Mastropieri, M. A. (2013). PND at 25: past, present, and future trends in summarizing single-subject research. *Remedial and Special Education*, 34, 9–19. <https://doi.org/10.1177/0741932512440730>
- 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 quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298-311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>
- Solari, A. A., Gómez Penedo, J. M., Roussos, A. J., & Bogiaizian, R. D. (2020). Feedback de la Alianza Terapéutica en Pacientes Ansiosos tratados con Terapia Cognitivo Conductual en Argentina: estudio piloto. <https://doi.org/10.32824/investigpsicol.a24n2a30>
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F., & Evans, C. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457–1466. <https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Valdiviezo-Oña, J., & Montesano, A. (2024). Monitorización de Resultados en Psicoterapia: Estado Actual y Perspectivas Futuras en Iberoamérica. *Revista de Psicoterapia*, 35(127), 39-52. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i127.39762>
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York : G. Braziller.

- Vos, M. M. W. K., Nugter, M. A., Engelsbel, F., & De Jong, K. (2018). Does progress feedback enhance the outcome of group psychotherapy? *Psychotherapy, 55*(2), 151-163. <https://doi.org/10.1037/pst0000164>
- Wampold, B. E. (2013). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. Routledge.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Routledge.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal Of Counseling Psychology, 50*(1), 59-68. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.59>
- Widdowson, M. D. J. (2011). Case study research methodology. *International Journal of Transactional Analysis Research, 2*(1), 25-34. <https://doi.org/10.29044/v2i1p25>
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B. G., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry, 172*, 11–18. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.11>
- Youn, S.J., Kraus, D. R., & Castonguay, L.G. (2012). The Treatment Outcome Package: Facilitating practice and clinically relevant research. *Psychotherapy, 49*, 115122. <https://doi.org/10.1037/a0027932>

Anexos

Anexo 1. Tabla con síntesis de hallazgos.

Tabla 1

Síntesis de Hallazgos.

	Tipo de muestra (N y edad)	Diseño de Estudio	Variables (Instrumentos)	Resultados
Brattland et al. (2019)	N=161 (edad promedio de 34.1 años)	Comparación de tratamientos (PCOMS vs TAU)	ROM (PCOMS)	La alianza conforma uno de los mecanismos por los que funciona el ROM.
Bovendeerd et al. (2021)	N= 1733 (pacientes adultos edad no especificada)	Comparación de tratamientos (F y nF)	PCOMS; OQ-45	La adición del feedback sistemático al cliente al TAU tiene un impacto beneficioso.

Bovendeer d et al. (2019)		Comparación de tratamientos	PCOMS; OQ-45	La utilización de PCOMS reduce síntomas y mejora el bienestar, reduce el nº abandonos y fomenta la satisfacción de la persona.
De Jong et al. (2014)	N= 475 (edad 17 años o más)	Comparación de tratamientos (F y nF)	OQ-45	Los beneficios del <i>feedback</i> fueron mayores en casos <i>NOT</i> .
Dyason et al. (2020)	N= 398 (adultos de entre 16 a 83 años) N= 397	Comparación de tratamientos (<i>feedback</i> vs TAU)	OQ-45	El tratamiento con <i>feedback</i> mostró una

	(jóvenes de entre 4 a 17 años)			eficacia mayor que el TAU.
Dyer et al. (2016)	N=845 (media de edad 39,26 años)	Comparación de tratamientos (cohortes)	HoNOS	Pacientes <i>NOT</i> en cohorte 2 (moni. y retro. del bienestar y del malestar psicológico) muestran mejores resultados en la angustia afectiva que cohorte 1 (moni. y retro. solo del bienestar).
Probst et al. (2013)	N=252 (pacientes adultos edad no especificada) a)	Comparación de tratamientos (F vs TAU)	OQ-45	Todas las personas de riesgo que mejoraron significativamente pertenecían al grupo experimental.

Schöttke et al. (2019)	N=230 (media de edad 36.0)	Comparación de tratamientos (monitorización con F, sin F y sin monitorización)	OQ-30	El <i>feedback</i> de los pacientes a los terapeutas no tuvo efecto en los resultados. El uso del <i>feedback</i> redujo el n° de sesiones necesarias para obtener la misma eficacia.
Vos et al. (2018)	N=269 (edad no especificada)	Comparación de tratamientos (NF vs F)	OQ-45	

NOTA:

PCOMS: Partners for Change Outcome Management System (Miller et al., 2002).

OQ-45: Outcome Questionnaire (OQ-45; Lambert et al., 1996).

OQ-30: Outcome Questionnaire (Lambert et al., 2004).

NoNOS: Health of the Nation Outcome Scale (Wing et al., 1998).

TAU: treatment as Usual

F: feedback

nF: no feedback