

Terapia Familiar Breve: resultados de la Terapia Centrada en las Soluciones en la Universidad Pontificia de Salamanca *

M. Beyebach
M. S. Rodríguez Sánchez
J. Arribas de Miguel
C. Hernández
M. J. Martín
A. Rodríguez Morejón
Universidad Pontificia de Salamanca

Introducción

Desde el año 1989, la Universidad Pontificia de Salamanca viene ofreciendo al público salmantino un servicio gratuito de terapia familiar breve en su Facultad de Psicología. Este servicio radicó primero en el Departamento de Terapia Familiar del Master en Psicología Clínica Infantil (1987-1993), y después (desde 1993) en el Master Universitario de Formación de Terapeutas Sistémicos. En ambos casos se trata de unidades clínicas estrechamente ligadas a la docencia de postgrado, de suerte que la atención a las personas que solicitan consulta constituye una parte integral del proceso de entrenamiento de los licenciados (en su mayoría psicólogos) en formación.

Aunque la orientación teórica y clínica de este servicio ha ido lógicamente evolucionando a lo largo del tiempo, desde comienzos de los años noventa la orientación fundamental desde la que se tra-

* Resultados presentados como comunicación al XVII Congreso de Terapia Familiar. Las Palmas de Gran Canaria, Noviembre de 1996.

baja es la de la Terapia Centrada en las Soluciones (TCS), modelo en el que la Universidad Pontificia es pionera en España. La terapia centrada en las soluciones (TCS) es una modalidad de terapia familiar breve desarrollada en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee por Steve de Shazer y su equipo (de Shazer, 1985, 1988, 1991, 1994; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Sus premisas teóricas y planteamientos técnicos están muy influidos por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson (Haley, 1973; Zeig, 1985), así como por el enfoque clínico desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

La TCS comparte con las demás terapias familiares y sistémicas su preocupación por el contexto, lo que entre otras cosas conlleva que con frecuencia —aunque no siempre— se realicen entrevistas de formato conjunto que incluyen a varios o a todos los miembros de una familia o pareja. Hay también, sin embargo, una serie de diferencias sustanciales entre la TCS y el resto de los modelos de terapia familiar.

Por una parte, la TCS opta por un abordaje no-normativo, que considera que cada persona, pareja o familia son únicas e irrepetibles, y que por lo tanto la terapia no debe imponer ningún patrón de funcionalidad o normalidad, sino trabajar en colaboración con los clientes a fin de ayudarles a conseguir lo que *ellos* desean. Se entiende además que las personas que acuden a terapia ya disponen de los recursos necesarios para resolver sus dificultades, y que por tanto la labor del terapeuta no es ni paliar déficits ni enseñar habilidades, sino ayudar a la familia a que encuentre sus propias soluciones. Esto se consigue fundamentalmente a través del proceso de las entrevistas, en las que la terapeuta trata de generar «conversaciones centradas en las soluciones» que eventualmente llevarán a la superación del problema que motivó la consulta. Puesto que no se postula ninguna patología subyacente, ni personal ni familiar, la terapia se entiende sencillamente como un proceso en el que se fomentan los recursos de las personas hasta que el problema deja de ser tal. Las interpretaciones más recientes describen este conjunto de prácticas desde una posición narratológica y constructivista (de Shazer, 1994; Walter y Peller, 1996).

Desde el punto de vista técnico, la TCS se caracteriza por el uso que los terapeutas hacen de diversos tipos de preguntas, dirigidas a centrar la conversación tanto en las cosas que ya van bien como en aquellas que los clientes desean alcanzar. En este sentido, se utilizan con mucha frecuencia preguntas encaminadas a elicitar y ampliar excepciones (sean éstas cambios previos al tratamiento, avances producidos durante el transcurso de éste, u otro tipo de situaciones positivas en las que no se haya producido el problema), así como preguntas que invitan a los clientes a imaginarse un futuro mejor («Pregunta Milagro», preguntas de escala...). Los terapeutas formulan estas preguntas desde una posición de curiosidad genuina

y de «no saber todavía», tratando siempre de mantener una relación igualitaria con los clientes y evitando colocarse en posición de «expertos». No se buscan cambios espectaculares, sino pequeñas modificaciones en la forma de pensar o actuar de los clientes, que puedan irse desarrollando hasta llegar a ser cambios que supongan una auténtica diferencia.

La TCS es, por tanto, un modo de hacer terapia que busca la máxima simplicidad, tanto desde el punto de vista teórico como técnico. A su vez, esto hace que resulte relativamente sencillo integrar la TCS con otros modelos que compartan la misma orientación epistemológica, como son la terapia centrada en los problemas del MRI de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982), y el abordaje mediante la externalización, desarrollado en Adelaida (Australia) por Michael White (White y Epston, 1989).

Aunque la TCS cuenta ya con quince años de existencia, son aún pocos los estudios empíricos que se han publicado sobre ella, por lo que todavía no disponemos de investigaciones suficientes que avalen su pretendida efectividad. Ello lleva a que se sigan planteando algunos interrogantes sobre este modelo terapéutico. Por una parte, tal y como acabamos de señalar, su eficacia está todavía por verificar, y más aún su efectividad relativa en comparación con tratamientos alternativos. Por otro lado, aunque se ha comprobado que se trata de un tratamiento ciertamente breve (con un número promedio de sesiones que según los estudios oscila entre 2.9 y 5.1 entrevistas), se siguen levantando voces críticas que argumentan que con una dosis tan baja de tratamiento es improbable que los efectos terapéuticos se mantengan en el tiempo. Tradicionalmente, esta crítica viene unida a la idea de que una intervención de este tipo, que se considera «superficial», no puede llegar a producir «verdaderos» cambios, y a la predicción de que por tanto es inevitable una alta tasa de recaída y/o de sustitución de síntomas. Finalmente, en el momento actual de la investigación se desconoce qué variables se asocian al éxito o al fracaso de la terapia, por lo que no es posible establecer ningún tipo de indicaciones o contraindicaciones para utilizar este modelo de tratamiento.

El estudio que se presenta a continuación tiene como principal objetivo aportar nuevos datos acerca de la eficacia de la TCS, en este caso en un contexto español. En especial, queremos verificar hasta que punto la asistencia que se presta en el servicio de terapia familiar de la Universidad Pontificia alcanza un nivel de eficacia y eficiencia satisfactorio. En este sentido, entendemos que un mínimo control de calidad es requisito de necesario cumplimiento para cualquier unidad asistencial, y más aún cuando se combinan asistencia y formación.

Pretendemos, además, abordar dos cuestiones más específicas. Por un lado, comprobar la persistencia o no en el tiempo de los resultados terapéuticos, tema que —como acabamos de ver— enlaza

directamente con algunas asunciones teóricas básicas del modelo. En otras palabras, queremos examinar si los resultados conseguidos con una intervención tan breve se mantienen o no a medio y largo plazo. Por otro, estudiar la incidencia en el resultado terapéutico de una serie de variables de tipo clínico, con mención especial al grado de experiencia de los terapeutas (terapeutas formadores vs. terapeutas en formación). En esta línea, pretendemos que nuestros datos arrojen también alguna luz sobre la eficacia de nuestros terapeutas en formación, y por tanto sobre el efecto del entrenamiento recibido por los entrenandos.

En cualquier caso, debemos subrayar que la investigación que presentamos en este trabajo es únicamente un estudio exploratorio, dirigido a obtener un primer conjunto de datos que nos permitan encaminar con mayor precisión investigaciones confirmatorias posteriores. Tanto los datos obtenidos como su interpretación deberán por lo tanto tomarse con mucha cautela.

Muestra

La muestra fue recogida en el centro clínico de la Universidad Pontificia de Salamanca. La población sobre la que se realizó el estudio consta de 85 casos atendidos entre octubre de 1992 y junio de 1995, primero (1992-1993) en el Departamento de Terapia Familiar del Máster en Psicología Clínica Infantil, y después (1993-1995) en el Máster de Formación de Terapeutas Sistémicos. Aproximadamente la mitad de los casos fueron atendidos directamente por los terapeutas formadores, con los alumnos como equipo tras el cristal unidireccional, y la otra mitad por terapeutas en formación, supervisados desde detrás del cristal por el resto de los alumnos y por los formadores. Tanto los formadores como los formandos eran psicólogos. Los formadores tenían una experiencia clínica de entre 7 y 10 años; los entrenandos tenían ya un mínimo de año de formación intensiva en TCS.

Como ya hemos señalado, el centro clínico de la Universidad Pontificia ofrece tratamiento gratuito, y sus fuentes de derivación son variadas: antiguos clientes; médicos, psicólogos y psiquiatras tanto privados como del INSALUD; y trabajadores sociales de CEAS y ayuntamientos.

Se incluyeron en el estudio todos aquellos casos con los que fue posible contactar en el seguimiento telefónico, que se realizó en los meses de mayo y junio de 1996. Puesto que en muchos casos no se disponía del número de teléfono de los clientes (debido generalmente a la falta o inexactitud de este dato, sólo en tres casos debido a que la familia no tuviera teléfono) se pudo incluir en la muestra final un total de 45 casos. De ellos, 44 aceptaron contestar por teléfono el cuestionario de seguimiento. Sólo una persona rehusó contestar a los investigadores.

La muestra final consta pues de 44 casos, con diversos problemas como motivo de consulta (ver tabla I), algunos de ellos con etiquetas diagnósticas previas como «depresión» o «agorafobia», y otros sin contacto previo con otros profesionales. En el 43 % de los casos, el problema se presentaba en un adulto, y en el 57 %, en un niño o adolescente. En el 27 % de los casos, el formato de trabajo fue individual, siendo conjunto en el 73 % de la muestra. En el 53 % de los casos las entrevistas fueron conducidas por terapeutas formadores, y en el 47 % restante, por terapeutas en formación supervisados por sus formadores. En ningún caso se trabajó en coterapia, siendo la supervisión siempre desde detrás del cristal unidireccional y empleándose el interfono como forma de supervisar en vivo el proceso de la entrevista (Beyebach y cols., 1994).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA
POR TIPO DE QUEJA (SCPP)

TIPO DE QUEJA	PORCENTAJE
Problemas conducta en niños	26,8 %
Problemas del estado de ánimo	11,1 %
Problemas de ansiedad	17,8%
Problemas de pareja	15,6 %
Prob. comunicación padres-hijos	20,0 %
Adicciones	4,4 %
Otros	4,4 %

Tratamiento

El enfoque terapéutico básico empleado en la muestra objeto de estudio es la TCS (de Shazer, 1985, 1988, 1991, 1994; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), complementada en ocasiones por las técnicas desarrolladas en el M.R.I. de Palo Alto (Fisch y cols., 1982) y por Michael White (White, 1993 y 1995; White y Epston, 1989). Esta integración se realiza de forma progresiva, comenzando por las estrategias centradas en soluciones y pasando a las intervenciones sobre la secuencia problema únicamente cuando este primer abordaje parece no ajustarse al estilo de cambio de los clientes (Beyebach y Rodríguez

Morejón, 1993; Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994). En contadas ocasiones se emplean también puntualmente algunas formas de conceptualizar problemas y técnicas de intervención procedentes de otras orientaciones de terapia familiar (terapia familiar estructural, modelos psicoeducativos).

Desde el punto de vista del formato terapéutico, la terapia-tipo consiste en una serie de sesiones en las que, tras unos 45-60 minutos de conversación, la terapeuta sale a reunirse con el equipo que le está supervisando, para volver después y dar un mensaje final a los clientes. Este mensaje final incluye habitualmente elogios y alguna sugerencia o «tarea» a realizar hasta la próxima sesión. La periodicidad media de las sesiones es de unas tres semanas, aunque las entrevistas tienden a ser más seguidas al comienzo de la terapia y a espaciarse más hacia el final.

Instrumentos

Tipología de quejas: S.C.P.P.

Los problemas presentados en los casos que constituyen la muestra fueron clasificados por dos jueces independientes empleando el Sistema de Clasificación de los Problemas Presentados (SCPP). El SCPP fue creado para este estudio: un terapeuta familiar en formación y una estudiante de psicología revisaron los protocolos de los casos de la muestra y crearon un sistema de clasificación de las quejas expresadas por los clientes. Una vez creado el SCPP, dos jueces lo aplicaron a los casos de la muestra (tabla I). Aunque el SCPP pretende ser solamente un instrumento descriptivo, sin ninguna pretensión de rigor psicométrico, valga señalar aquí que el grado de acuerdo entre los dos jueces fue del 85 %.

Cuestionario de valoración de la primera entrevista

Fue completado por jueces que revisaron las grabaciones en vídeo de la primera sesión. El cuestionario recoge:

- La descripción que los clientes hacen del problema (queja).
- Si los clientes informan haber recibido un diagnóstico de otro profesional.
- Si los clientes informan estar tomando medicación relacionada con su problema.
- La lista de objetivos que se acuerdan, generalmente a partir de la «Pregunta Milagro» o similares.
- Si se trabaja o no en sesión el Cambio Pretratamiento.

- El tipo de relación que los clientes establecen con el terapeuta (de visitante, de queja, de comprador).
- La puntuación en la escala de avance que dan los clientes.
- Una valoración del proceso inter- o intrapersonal que a juicio de los jueces mantiene el problema.

Cuestionario de valoración de la última entrevista

Es completado por jueces que revisan las grabaciones en vídeo de la última sesión. El cuestionario contiene los siguientes ítems:

- Si los clientes hablan o no en tiempo pasado del problema(s) que motivó la consulta.
- Si los clientes informan haber alcanzado todos o parte de los objetivos que se plantearon en primera sesión.
- Si, a juicio de los jueces, la queja está resuelta del todo o en parte.
- Si, a juicio de los jueces, han surgido problemas nuevos.
- Si, a juicio de los jueces, se ha modificado el proceso inter- o intrapersonal que en primera sesión consideraron que mantenía el problema.

Cuestionario de seguimiento

El cuestionario de seguimiento (ver Apéndice) consta de un total de doce preguntas, y fue desarrollado para esta investigación basándose en los cuestionarios utilizados en estudios previos sobre terapia familiar breve (de Shazer y cols., 1986; de Jong y Hopwood, 1996; Riikonen, 1995).

Procedimiento

Dos terapeutas familiares realizaron las llamadas de seguimiento en los meses de mayo y junio de 1996. Se incluyeron en el seguimiento todos los casos de terapias que hubieran finalizado hace al menos un año. En los casos en que la terapia había sido individual, el seguimiento se realizó con la persona que había realizado el tratamiento. En los casos en que se había trabajado con varios miembros de la familia, se hizo el seguimiento con la persona que había llamado para pedir consulta (generalmente, uno de los padres). En los casos de pareja, se realizó con cada uno de los miembros de la pareja.

Dos jueces, ciegos a los resultados del seguimiento, revisaron las grabaciones en vídeo de las primeras y últimas entrevistas a fin de poder cumplimentar los cuestionarios, así como para determinar el modo de terminación (abandono/mutuo acuerdo). Además, utilizaron las notas de los casos a fin de establecer si el formato de trabajo había sido individual o conjunto.

Variables

Tipo de queja

Esta variable se basa en la clasificación de las quejas realizada mediante el Sistema de Clasificación de los Problemas Presentados. Las siete categorías de quejas se reclasificaron en dos:

- *Queja interpersonal*: incluye las categorías «problemas de conducta en niños», «problemas de comunicación padres-hijos» y «problemas de pareja».
- *Queja personal*: incluye las categorías «problemas de ansiedad», «problemas de estado de ánimo» y «adicciones».

Formato de la terapia

- *Formato individual*: aquellos casos en las que al menos la mitad más una de las entrevistas se realizan con una sola persona.
- *Formato conjunto*: aquellos casos en las que al menos la mitad más una de las entrevistas se realizan con dos o más personas.

Experiencia terapeutas

- *Terapeutas expertos*: son los terapeutas-formadores.
- *Terapeutas novatos*: son terapeutas en formación.

Modo de terminación

- *Abandono*: aquellos casos en los que se produce la terminación unilateral del tratamiento por parte de los clientes, bien no acudiendo a una entrevista concertada, bien acudiendo y anunciando su decisión de terminar. Se define como abandono temprano si se produce tras primera o segunda entrevista.
- *Mutuo acuerdo*: aquellos casos en los que la terminación del tratamiento es acordada por clientes y terapeutas.

Cambio pretratamiento

Se entiende que sí hay cambio pretratamiento cuando entre la llamada telefónica y la primera sesión se han producido mejoras en la situación del cliente o clientes, y durante la primera entrevista se habla de ellos. Se considera que no hay cambio pretratamiento tanto si los clientes informan que no hubo mejoras, como si (aún siendo posible que las hubiera) no se habla de ellas durante la primera entrevista.

Objetivos definidos conductualmente

Decimos que sí hay objetivos definidos conductualmente cuando durante la primera entrevista el terapeuta recoge al menos tres objetivos definidos en términos de conductas observables. Se considera que no hay objetivos bien formados cuando has menos de tres.

Tipo de relación

- *Cliente comprador*: el /la cliente cree que hay un problema y que él/ella puede contribuir a solucionarlo.
- *Cliente que se queja*: el/la cliente cree que hay un problema, pero piensa que él/ella no puede contribuir a solucionarlo.
- *Cliente visitante*: el/la cliente cree que no hay ningún problema.

Se codifica «comprador» cuando en primera sesión hay al menos un cliente que establezca una relación de comprador. Si no hay al menos uno, se codifica como «no comprador».

Etiqueta diagnóstica previa

Se codifica «etiqueta diagnóstica previa» cuando en la llamada telefónica o en primera sesión los clientes informa haber recibido un diagnóstico psiquiátrico de otro profesional (p. ej. «depresión», «trastorno de personalidad»). Se codifica «sin etiqueta diagnóstica previa» cuando en la llamada telefónica y en la primera sesión no se menciona ningún diagnóstico psiquiátrico previo.

Medicación

Se considera «con medicación» cuando en la llamada telefónica o en primera sesión los clientes informan estar tomando medicación en relación con su problema. Se codifica «sin medicación» cuando

en la llamada telefónica y en la primera sesión no se comenta estar tomando psicofármacos.

Puntuación en la Escala de Avance

Es la respuesta que los clientes dan a la pregunta «En una escala de 1 a 10, donde 1 representa el momento en que peor ha estado su problema, y 10 significa que está del todo resuelto, ¿dónde pondría Ud. la última semana?».

En esta investigación se tienen en cuenta las respuestas a la pregunta de escala formulada en la primera y última sesión, así como en el seguimiento telefónico. Cuando en las entrevistas participaron varios clientes, se utilizan las respuestas de la persona que también respondió en el seguimiento. Cuando en el seguimiento participan varias personas (casos de pareja), se emplea la media de sus respuestas.

Éxito a término

Se definen como «éxito» aquellos casos en los que, en la última entrevista, se dan al menos dos de los tres criterios siguientes (en base al cuestionario de última entrevista valorado por los jueces):

1. Los clientes hablan de la queja en tiempo verbal pasado.
2. Los clientes informan haber alcanzado todos o parte de los objetivos que se plantearon en primera sesión.
3. Los jueces consideran que la queja está resuelta del todo o en parte.

Se consideran como «no éxito» aquellos casos en los que no se cumplen al menos dos de estos criterios.

Éxito en el seguimiento

Definimos como «éxito» aquellos casos que, en el seguimiento, cumplen las tres condiciones siguientes:

1. Los clientes se sitúan en «5» o más en la pregunta de escala.
2. Han subido en la pregunta de escala respecto de la primera sesión.
3. Informan que, una vez terminada la terapia, no han consultado con otro profesional por el problema que motivó la consulta.

Resultados

El carácter exploratorio de este estudio nos decidió a emplear un nivel de confianza bastante lineal ($X = .05$), a pesar del considerable número de análisis (que hubiera hecho recomendable emplear un nivel de confianza más conservador, aplicando, p. ej., la conexión de Bonferroni). De esta forma esperamos detectar posibles relaciones que estudios posteriores sobre una muestra más amplia puedan —ya con un alpha más exigente— verificar.

Número de sesiones

Para el conjunto de la muestra, la media de sesiones es de $\bar{X} = 4.33$, con una desviación típica de $\sigma = 2.57$. El 35 % de los casos solamente asistió a una o dos sesiones. El 70 % de los casos tuvo 5 o menos sesiones, y sólo el 30 % requirió más de 5 sesiones.

Excluyendo los casos de abandono, la media de sesiones es de $\bar{X} = 5.2$, con una desviación típica de $\sigma = 2.6$. El 60 % de estos casos participó en 5 o menos sesiones, y el 40 % en más de 5 sesiones.

Para los casos de éxito a término, el promedio de sesiones es de $\bar{X} = 5.6$, y para los casos de no éxito a término, de $\bar{X} = 3.9$, siendo significativa la diferencia.

Escalas

La puntuación promedio en la escala de avance para el conjunto de la muestra es de $\bar{X} = 4.1$ en primera sesión ($\sigma = 2.1$), $\bar{X} = 6.9$ ($\sigma = 2.3$) en la última sesión, y de $\bar{X} = 7$ en el seguimiento ($\sigma = 2.4$).

En el seguimiento, el 76 % de los casos se sitúa en 7 o más en la escala de avance, y el 16 % de los casos se sitúa por debajo de 5.

Resultado a término

En la última sesión, los clientes hablan en pasado de la queja en el 34 % de los casos, la queja se ha resuelto en el 60 % de los casos, y se han alcanzado los objetivos en el 76 %. Excluyendo los casos de abandono, estos porcentajes pasan a ser del 41 % (hablar de la queja en pasado), del 70 % (queja resuelta) y del 77 % (objetivos alcanzados).

Analizando los datos en su conjunto, para el total de la muestra el 61 % de los casos es categorizado como «éxito» a término (65 % para terapeutas expertos). Excluyendo los casos de abandono, el porcentaje de éxito a término es del 70 % (73 % para los terapeutas expertos).

Resultado en el seguimiento

En el cuestionario de seguimiento, el 100 % de los clientes encuestados declaró considerarse «muy satisfecho» o «bastante satisfecho» con el servicio recibido. El 88 % consideró que la terapia había sido «útil» o «muy útil». El 80 % de los clientes contestó que el problema se había resuelto durante la terapia («del todo» o «en parte»). Un 10 % de los clientes habían acudido a otro profesional tras la terapia en relación con el problema que había motivado ésta.

Aplicando nuestro criterio de éxito (estar en la escala por encima de 5, haber subido en la escala respecto de la primera sesión, y no haber acudido a otro profesional tras la terapia), el 71 % de los casos aparece como exitoso en el seguimiento. Para los terapeutas expertos, este porcentaje se eleva hasta el 78 % de los casos atendidos.

Resultados según el tipo de terminación

El porcentaje total de abandono es del 26 %, siendo del 17 % para las terapias realizadas por terapeutas expertos, y del 37 % para las terapias llevadas por terapeutas en formación (esta diferencia no es estadísticamente significativa). El porcentaje total de abandono *temprano* (tras primera o segunda sesión) es del 16 % (13 % para expertos, 20 % para novatos).

Aunque parece haber una tendencia a que a término sean más exitosos los casos de no abandono, en el seguimiento el porcentaje de éxito no varía significativamente en función del tipo de terminación, siendo del 70 % para los casos de abandono y del 72 % para los casos de terminación por mutuo acuerdo.

La única variable en la que se diferencian los casos de abandono de los de terminación por mutuo acuerdo es en la respuesta sobre si el problema se resolvió durante la terapia. En los casos de abandono la contestación es afirmativa en el 56 % de los seguimientos, mientras que para la terminación por mutuo acuerdo lo es en el 89 % (chi cuadrado = 5.1; $p < .05$).

Resultados según la experiencia de los terapeutas

No hay diferencia estadísticamente significativa entre terapeutas expertos y novatos ni en cuanto a la incidencia de abandono (expertos = 37 %, novatos = 18 %; chi cuadrado = 2.04; $p < .15$), ni en el porcentaje de casos exitosos a término (expertos = 73 %; novatos = 67 %; chi cuadrado = .18; $p < .67$), ni en el porcentaje de éxito en el seguimiento (expertos = 78 %; novatos = 63 %; chi cuadrado = 1.16; $p < .28$).

Variables asociadas al resultado terapéutico

Hay diversas variables que aparecen asociadas al resultado terapéutico a término. La conversación sobre cambio pretratamiento en primera sesión correlaciona positivamente con éxito ($\phi = .30$, $p < .05$). También se asocia a éxito a término el que la terapia tenga un formato individual ($\phi = .52$, $p < .01$) y que las quejas presentadas por los clientes sean personales ($\phi = .31$, $p < .05$). Así, el porcentaje de éxito en casos de queja personal fue del 80 %, y en casos con queja interpersonal, del 52 %; mientras que fue del 71 % para casos con formato individual y del 58 % para el formato conjunto. Por otra parte, excluyendo los casos de abandono, un mayor número de sesiones correlaciona positivamente con el resultado ($r_{bp} = .50$, $p < .01$). En cuanto a la claridad de los objetivos, el hecho de que la práctica totalidad de los casos cumpliera el criterio para considerar que existían objetivos definidos conductualmente impidió establecer comparaciones.

Ninguna de estas variables correlaciona con el resultado en el seguimiento.

Resultado a término y en el seguimiento

El resultado a término y en el seguimiento correlacionan positivamente ($\chi^2 = 9.36$; $p < .002$). El 90 % de los casos que se consideraron exitosos en la última sesión se mantienen como tales en el seguimiento, habiendo un 10 % de recaída. Por otra parte, el 36 % de los casos que al final de la terapia se consideraron como no éxito, mejoraron posteriormente sin intervención de otro profesional (éxito en seguimiento).

El que en la última sesión se considere resuelta la queja correlaciona positivamente con el éxito en el seguimiento ($\chi^2 = 8.83$, $p < .003$). De esta forma, el 80 % de los casos en los que la queja aparece resuelta en la última sesión se mantiene como caso exitoso en el seguimiento.

Finalmente, la puntuación en la escala en la última sesión ($X = 6.9$) se mantiene en el seguimiento ($X = 7$).

Discusión de resultados

Limitaciones del estudio

Antes de pasar a comentar los resultados que acabamos de presentar, querríamos destacar el hecho de que un estudio como el que hemos realizado no permite, en rigor, hacer ninguna afirmación

sobre el efecto de la TCS. Al no existir un grupo de control que permita atribuir los cambios registrados en los clientes al impacto del tratamiento aplicado, no se puede descartar la hipótesis de que estos cambios sean el producto de la acción de otras variables completamente ajenas a la terapia (maduración, influencia de terceras personas, modificación de las circunstancias vitales...). En realidad, lo único que reflejan los datos es el curso seguido por nuestros clientes durante la terapia y durante el tiempo posterior a ella. Esto no deja de ser informativo (en nuestro caso, los resultados obtenidos permiten *descartar* con rotundidad la hipótesis de que las personas que se someten a una terapia centrada en las soluciones no mejoren, o de que estas mejorías no se mantengan en el tiempo), pero impone una cierta precaución en la interpretación de los datos.

Otra limitación de este estudio deriva de los instrumentos utilizados, cuya fiabilidad y validez está aún por comprobar. Por otra parte, el N final es reducido, con lo que la falta de potencia estadística tal vez haga pasar por alto relaciones potencialmente significativas. Finalmente, hay que señalar que el tratamiento utilizado en la población objeto de estudio no es TCS «pura», sino una integración de ésta con diversas técnicas procedentes del campo de la terapia familiar breve.

Teniendo siempre en cuenta estas limitaciones, debidas la mayoría al carácter preliminar de esta investigación, pasaremos ahora a reflexionar sobre algunos de los datos que hemos presentado más arriba. Dentro de la precaución que imponen las circunstancias que acabamos de comentar, trataremos de establecer interpretaciones fundadas y de apuntar algunas posibles conclusiones.

Resumen de los resultados

Los resultados obtenidos en nuestro estudio se asemejan a los datos positivos que arrojan las investigaciones realizadas por otros grupos de investigación (de Shazer y cols., 1986; de Jong y Hopwood, 1996; Fontecilla y Ramos, 1995; Riikonen, 1995), pese a que nuestra metodología pueda considerarse más rigurosa. Los casos de la muestra pasan, en promedio, de situarse en un 4.1 en la escala de avance en primera sesión a colocarse en un 6.9 en la última entrevista. La tasa de abandono temprano se mantiene en un razonable 16 %, y el 70 % de los casos que continúan en terapia son categorizados como «éxito» en la última sesión. Visto desde el punto de vista de los clientes, la inmensa mayoría se muestran satisfechos con el tratamiento recibido en la Universidad Pontificia, y de hecho el 80 % informa en el seguimiento que el problema se resolvió durante la terapia. Estos resultados se producen tras un número reducido de sesiones, que en la mayoría de los casos no llega a las cinco entrevistas, y sólo excepcionalmente pasa de diez. Además, los cambios conseguidos

resultan ser sorprendentemente estables en el tiempo: en el seguimiento, realizado entre uno y tres años tras la última sesión, tres de cada cuatro clientes se mantienen en un 7 o más en la escala de avance, y sólo uno de cada diez ha necesitado acudir a otro profesional tras la terapia. Así, el 78 % de los casos atendidos por terapeutas expertos fueron considerados «éxito» en el seguimiento.

En cuanto a las variables asociadas al resultado, destacar que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los casos de abandono y los de terminación por mutuo acuerdo, ni tampoco entre el resultado obtenido por los terapeutas expertos y los alumnos en formación. Por lo que se refiere a las variables clínicas, se aprecia un cierto efecto del tipo de queja y del formato de la terapia (tendiendo a ser más eficaces las terapias con formato individual y las terapias sobre quejas personales), así como del cambio pretratamiento en primera sesión. Además, parece que —siempre dentro de la brevedad del tratamiento— un mayor número de sesiones parece estar en relación con un mejor resultado.

Interpretación de los resultados

El que no se aprecien diferencias significativas entre el resultado terapéutico de los clientes atendidos por terapeutas formadores y los atendidos por terapeutas en formación nos parece en principio alentador. Aunque sería posible atribuir este hallazgo a una falta de sensibilidad de las medidas empleadas o al reducido N de la muestra, preferimos pensar que tiene que ver con el hecho de que los terapeutas novatos de nuestro estudio habían seguido un año de entrenamiento intenso y muy práctico. Desde este punto de vista, consideramos que nuestros datos apoyan la idea de que, si la formación es realmente práctica y específica, puede capacitar a los futuros terapeutas incluso en un lapso de tiempo relativamente corto, máxime cuando el modelo de terapia que se enseña es deliberadamente simple y relativamente fácil de enseñar. Por otro lado, el hecho de que todas las terapias se realizaran con supervisión en vivo contribuye también, probablemente, a asegurar una cierta calidad del trabajo de los terapeutas en formación, a la vez que a difuminar las diferencias entre éstos y los terapeutas formadores.

Otro elemento interesante es la ausencia de diferencias entre el resultado terapéutico en el seguimiento de los casos de abandono y el de los que continuaron en terapia. Una primera forma de entender este dato sería considerar, en la línea de algunas premisas teóricas de la TCS, que los cambios que experimentan nuestros clientes son constantes, y que se producen con independencia de la «dosis» de terapia que reciban (Miller, Duncan y Hubble, 1997). Una versión más extrema de este argumento sería considerar que, en vista de ello, la propia terapia sería innecesaria, ya que no parece

umentar de modo significativo la probabilidad de una evolución positiva.

Una segunda lectura de estos datos apuntaría en dirección opuesta, apoyándose en el posible efecto de la terapia: se podría pensar que la falta de diferencias entre el grupo de abandonos y el de no abandonos se debe a la potencia terapéutica de las primeras sesiones, que harían pasar a un segundo plano el efecto de las entrevistas posteriores. El dato de que en los casos de continuación casi el 90 % de los clientes afirman, al ser preguntados en el seguimiento, que el problema se resolvió del todo o en parte durante la terapia, mientras que en los casos de abandono este porcentaje baja hasta el 56 % (diferencia estadísticamente significativa) apoyaría en todo caso que estos dos grupos de clientes siguen dos procesos de cambio distintos: quienes abandonan la terapia se benefician menos de ella y deben cambiar más después de la terapia, mientras que quienes continúan recorren en terapia la mayor parte del camino. En este punto, sería sin duda interesante investigar el patrón temporal de estos cambios, a fin de verificar si esto significa que los casos de continuación terminan resolviendo sus problemas en un periodo de tiempo más corto que los de abandono.

Mención aparte merecen nuestros datos acerca de la considerable estabilidad de los resultados terapéuticos. La constatación de que la gran mayoría de los casos que se presentan como exitosos en la última sesión sigan siéndolo hasta tres años más tarde respalda, a nuestro entender, la idea de que los cambios que se producen durante una terapia breve son robustos y duraderos. En otras palabras, nuestros datos parecen apoyar la idea de que una intervención mínima como es la TCS, dirigida a producir pequeños cambios, no genera por ello ni recaídas ni procesos de sustitución de síntomas. Al contrario: nuestros datos parecen avalar la utilidad a largo plazo de la TCS. El análisis detallado de algunas otras preguntas incluidas en el cuestionario de seguimiento (las referidas a si han aparecido tras la terapia nuevos problemas, o nuevas mejorías) permitirá sin duda matizar y profundizar estos primeros resultados.

Consideramos que, pese a su carácter provisional, algunos de los hallazgos de este trabajo merecen ser estudiados con más detalle en investigaciones futuras. Además de ampliar la muestra objeto de estudio y de replicar esta investigación, pensamos que hay una serie de cuestiones que sería interesante examinar con especial atención.

Por una parte, como ya hemos señalado, parece prometedor analizar el patrón temporal de los cambios de nuestros clientes, tanto durante la terapia como después de terminada ésta. En esta línea, hemos iniciado ya un proyecto de investigación que analizará los perfiles de cambio a lo largo de todas las sesiones de las tera-

pias de nuestra muestra. Además, aumentaremos el número de seguimientos a realizar en cada caso. Ya en el terreno de lo hipotético, incluir como objeto de estudio a los clientes en lista de espera permitiría incluso conocer su evolución *antes* de iniciar la terapia, y resolvería en parte el problema que supone la ausencia de un grupo de control.

Por otro lado, en nuestra opinión valdría la pena tratar de precisar más qué incidencia tienen sobre el resultado terapéutico diversas variables clínicas, con atención especial a su posible interacción. Ampliar el N de la muestra permitirá en un futuro no muy lejano someter nuestros datos a análisis estadísticos más sofisticados, que nos ofrecerán un retrato más matizado de las asociaciones entre variables. En esta línea sería a nuestro juicio especialmente relevante poder identificar que características (de los clientes y terapeutas, pero también del proceso de la terapia) se asocian a aquellos casos que *no* mejoran en TCS.

La posibilidad de que la TCS, utilizada en nuestro contexto, sea más efectiva en el caso de problemas tradicionalmente considerados menos apropiados para una terapia familiar (depresión, ansiedad...) nos parece especialmente intrigante. Una vez confirmado este hallazgo con una muestra más amplia, habría que investigar si existe o no *interacción* entre el tipo de queja y el tipo de formato. Por ejemplo, se podría especular que resulta comparativamente más sencillo abordar en formato conjunto una queja personal (aquí, la presencia de varias personas sería una ayuda) que trabajar en formato conjunto una queja interpersonal (donde la presencia de varias personas seguramente genere desacuerdos y conflictos durante la propia entrevista), por lo que para quejas interpersonales podría incluso resultar preferible el formato individual. Esto apoyaría la idea —aparentemente paradójica— de hacer «terapia familiar con individuos» (Weakland, 1983), o «terapia de pareja, sin la pareja» (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1993). Por otra parte, la confirmación de estas hipótesis implicaría la necesidad de modificar algunos de nuestros procedimientos de formación, a fin de que los entrenandos puedan manejar mejor las situaciones de interacción con más de un cliente, que habitualmente resultan más difíciles que las sesiones de formato individual.

Conclusiones

Hemos presentado los primeros datos acerca del resultado terapéutico de la Terapia Centrada en las Soluciones utilizada en el servicio de terapia familiar breve de la Universidad Pontificia de Salamanca. Consideramos que los datos obtenidos en esta investigación, así como los que arrojan estudios previos, permiten en conjunto afirmar que la TCS ha superado lo que podríamos considerar un «test

mínimo de eficacia», permitiendo descartar que los clientes que se someten a este tipo de intervención empeoren o que no mejoren durante el transcurso de la misma. De hecho, en nuestra muestra la gran mayoría de las personas atendidas se manifiestan satisfechas con el servicio recibido, consideran de utilidad la terapia y alcanzan tras unas pocas sesiones un resultado terapéutico positivo, que además se mantiene en el tiempo. Aunque por el momento no es posible atribuir los cambios positivos de los clientes de TCS exclusivamente al efecto de la terapia, el hecho de que haya demostrado ser una intervención ciertamente breve y segura la hace, a nuestro juicio, merecedora de ser incluida en estudios controlados sobre la eficacia de la psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Beyebach, M. (1995), «Avances en terapia breve centrada en las soluciones», en (J. Navarro Góngora y M. Beyebach, eds.) *Avances en terapia familiar sistémica*, Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M., Macías Sánchez, P., Abad López, A. M., Arribas de Miguez, F. J., Díez Méndez, A. B., Pérez Mateos, I. y Rodríguez Morejón, A., *El impacto de la supervisión en vivo sobre la conducta de los terapeutas en formación*, Comunicación presentada a las XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar, Vitoria, noviembre 1994.
- (1994), «La proyección al futuro como técnica de negociación de objetivos en terapia familiar», en *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 8, 37-55.
- Beyebach, M., Rodríguez Morejón, A., Palenzuela, D. L. y Rodríguez-Arias, J. L. (1996), «Research on the process of solution-focused therapy», en (S. D. Miller, M. A. Hubble y B. L. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy*, San Francisco: Jossey Bass.
- De Jong, P., & Hopwood, L. E. (1996), «Outcome research on treatment conducted at the Brief Family Therapy Center, 1992-1993», en (S. D. Miller, M. A. Hubble y B. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy: foundations, applications, and research.*, San Francisco: Jossey-Bass.
- De Shazer, S. (1985), *Keys to solution in brief therapy*, New York: Norton.
- (1988), *Clues. Investigating solutions in brief therapy*, New York: Norton.
- (1991), *Putting difference to work*, New York: Norton.
- (1993), «Commentary: de Shazer & White: Vive la Différence», en (S. Gilligan and R. Price), *Therapeutic conversations*, New York: Norton.

- De Shazer, S. (1994), *Words were originally magic*, New York: Norton.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., y Weiner-Davis, M. (1986), «Brief therapy: focused solution development», en *Family Process*, 25, 207-221.
- Fisch, R., Weakland, J. H., y Segal, L. (1982), *The tactics of change. Doing therapy briefly*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Fontecilla, G., Ramos, M. M. y Rodríguez-Arias, J. L. (1993, noviembre), *Evaluación de resultados en terapia familiar breve*, Comunicación presentada a las XIV Jornadas de Terapia Familiar, Santiago de Compostela.
- Haley, J. (1973), *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, New York: Norton.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. y Hubble, M. A. (1997), *Escape from Babel. Toward a unifying language for psychotherapy practice*, New York: Norton.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1989), *In search of solutions*, New York: Norton.
- Riikonen, E. (1995), *Comunicación personal*.
- Rodríguez Morejón y Beyebach, M. (1994), «Terapia centrada en las soluciones: trabajando con los recursos de las personas», en (Garrido, comp.) *Psicoterapia: modelos contemporáneos de aplicación*, Valencia: Promolibro.
- Rodríguez Morejón y Beyebach M. (1995), «La terapia sistémica como marco para generar nuevos relatos con las familias», en (D. Borobio, comp.) *Familia en un mundo cambiante*, Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Walter, J. L. y Peller, J. E. (1996), «Rethinking our assumptions: assuming anew in a postmodern world», en (S. D. Miller, M. A. Hubble y B. L. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy*, San Francisco: Jossey Bass.
- Weakland, J. H. (1983), «Family therapy» with individuals. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 2.
- White, M. (1993), «Commentary: the histories of the present», en (S. Gilligan and R. Price, eds.) *Therapeutic conversations*, New York: Norton.
- (1995), *Re-authoring lives: interviews and essays*, Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. y Epston, E. (1989), *Narrative means to therapeutic ends*, Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Zeig, J. K. (1985), *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*, Buenos Aires: Amorrortu.

APÉNDICE
CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO

- Nombre en clave del caso:
 - Persona de contacto en la familia:
 - Dirección:
 - Teléfono:
 - Fecha de la primera sesión: — Fecha de la última sesión:
 - Número de sesiones:
 - Fecha en la que se hace el seguimiento:
 - Resultado del seguimiento
 - no localizado
 - se niega a contestar
 - contestado
-

1. Pregunta abierta

Usted consultó en relación con /para y tuvo sesiones.
¿Cómo están ahora las cosas respecto de lo que le(s) trajo a consulta?

2. ¿Cómo están ahora las cosas (1 sería el momento en que los problemas que le trajeron a terapia peor estuvieron, y 10 sería que estos problemas ya están del todo resueltos)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Se resolvió el problema durante la terapia?

del todo en parte nada

4. Hubo mejorías en otras áreas?

sí no

(si las hubo) ¿cuáles?

5. Han surgido problemas nuevos desde que dejó la terapia?

sí no

(si han surgido)

— ¿Cuáles?

— ¿Pudieron resolverlos?

6. ¿Ha consultado con otro profesional desde que dejó la terapia?

sí no

(si han consultado)

— ¿Por el mismo problema?

— ¿Qué tipo de profesional?

7. En general, la terapia en la Universidad Pontificia fue
- nada útil algo útil muy útil
8. ¿Está Ud. satisfecho con el servicio recibido?
- nada algo mucho
9. Recomendaría Ud. el servicio algún conocido que tuviera un problema similar?
- sí no
10. ¿Qué cosas de la terapia recuerda que le resultaran útiles o que le gustaran?
11. ¿Qué cosas de la terapia no le parecieron útiles o no le gustaron?
12. ¿Hay algún otro comentario que desee hacer?

SUMMARY

In this paper, preliminary data (N = 44) from an outcome study on Solution Focused Therapy conducted at the Universidad Pontificia de Salamanca (Spain) are presented. Therapeutic outcome at follow-up was found to be similar to that reported in the literature: 80 % of the clients stated that their problems were solved during therapy; and the average score on the scaling question was $X = 7$, with three out of every four clients on a 7 or more on the scale. The mean number of sessions was 4.33 for the total sample (5.2 excluding dropouts), with more than 70 % of the cases taking five or less interviews. Positive outcome at termination (but not at follow up) was associated with discussion of pretreatment changes in first sessions, and more likely for «intrapersonal» complaints and for cases with individual format. No differences were found between expert therapists and trainees in dropout rates or outcome. Outcome at termination proved to be quite stable, correlating highly with outcome as measured at follow-up. Shortcomings of the study and possible implications of the data are discussed.