

# Evaluación de Psicoterapia breve en los servicios públicos

**José Antonio Espina Barrio**

**Ana Pérez Cipitria**

Psiquiatra y MIR de Psiquiatría  
de los Servicios de Salud Mental  
de Valladolid

## **1. Necesidad de evaluación de la psicoterapia en los servicios públicos**

El aumento exponencial del coste de los Servicios Sanitarios y Sociales Públicos obliga a una reflexión y a un filtro de sus prestaciones, cada vez más fino y ajustado a los objetivos. Esta preocupación no es exclusiva de la Psicoterapia, sino que afecta a todas las prestaciones sociosanitarias y que obliga en todos los países con Seguridad Social universal.

Un análisis somero de la situación actual en España muestra con claridad las crisis e incongruencias del sistema.

La Seguridad Social Universal, con aumento de costes exponenciales ve peligrar el sistema de pensiones, por lo que el Estado favorece los planes de pensiones individuales.

El Sistema Estatal de Salud, encuentra dificultades insuperables para proporcionar asistencia digna a todos los ciudadanos. Las medidas de ahorro parecen fuertes, pero resultan incongruentes.

En los Hospitales y Servicios de Atención Primaria, se ha aumentado de forma vertiginosa la especialización y parcelación de la gerencia; el resultado es un engrosamiento de la pirámide jerárquica administrativa, en detrimento de la asistencial, con un aumento desorbitado de los costes.

Otra línea de «ahorro» es la del Gasto Farmacéutico, para ello se ha dejado de financiar los medicamentos más baratos, que carecen de interés a la industria farmacéutica y bajo la bandera de baja utilidad terapéutica se ha suprimido la financiación de algunos fármacos inúti-

les y de muchas asociaciones, que si bien no responden a un criterio farmacológico, distan mucho de ser poco útiles para los pacientes, que lo avalan tras muchos años de consumo y bienestar. Paralelamente se suprimen los apoyos a la investigación y se acepta financiar fármacos, que en el terreno de la psiquiatría son de 10 veces más caros, en el caso de los nuevos antidepresivos, hasta 100 veces más caros, en los nuevos neurolépticos, que los medicamentos convencionales y útiles, ya que son los medicamentos de referencia. El resultado es que el pretendido ahorro se ha convertido en un inmenso dispendio del que surge la temporada más beneficiosa para toda la industria de farmacia dirigida a neurólogos y psiquiatras.

El catálogo de Prestaciones Sanitarias, que se acaba de reformar, es el único apartado que no ha sufrido un descalabro desorbitado similar a los descritos. Pero no nos engañemos, estamos al principio del control del gasto, el futuro está por definir. Gracias a la influencia de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) se han aceptado modalidades de psicoterapia en lugar de orientaciones, por lo cual se acepta la psicoterapia individual, de pareja y grupal. La Comisión eliminó el psicoanálisis y la hipnosis, lo que no impide que estas corrientes tengan cabida en las modalidades citadas, lo que deja al Catálogo en una situación abierta más lógica para un inicio de definición de las prestaciones.

Para vislumbrar el futuro sobre las psicoterapias que serán incluidas en el Catálogo de prestaciones bastan algunos datos determinantes. Hace varios años que Grete Leutz, Psiquiatra, ExPta. IAGP, ExPta. de la Sociedad Alemana de Psicoterapia de Grupo y Psicodrama, envió a uno de nosotros una carta urgente, para que remitieramos bibliografía sobre investigación en Psicodrama. El motivo es que la Seguridad Social alemana sólo iba a financiar las modalidades de psicoterapia que estuvieran avaladas por trabajos científicos que mostraran su efectividad. Hoy día esta es una realidad que ha excluido diversas orientaciones. Ésta es una posibilidad de futuro no muy remota que pronto nos afectará.

La investigación de resultados es el primer desafío que nos ocupa. Si la eficacia de la psicoterapia es incuestionable, salvo creyentes confesos o no antipsicoterapia, otro tema es los diseños de investigación. En Psicoterapia Psicoanalítica acaba de salir una monografía completa (Poch y Ávila, 1998) que excusa cualquier comentario más que remitirse a él, excepto la dificultad de hacer investigación sobre objetivos muy amplios y diversos.

La psicoterapia cognitivo conductual se ha centrado siempre en pocos objetivos y concretos, multiplicando el número de trabajos sobre investigación publicados. Este alud de publicaciones ejerce un efecto de halo similar a una media verdad proclamada por los medios de difusión. Por eso muchos colegas piensan que la única psicoterapia eficaz y efectiva es la cognitivo conductual en detrimen-

to de otras orientaciones, que a veces se enrocan en lenguajes crípticos y objetivos difusos, indescifrables para no iniciados. Sin desmerecer los efectos de dicha psicoterapia, la cual se nutre de otras orientaciones, ya que de la inicial teoría del aprendizaje se ha pasado a los efectos terapéuticos de la relación, al modelado de conducta, que no es más que juego de roles estructurado y a otras modificaciones perfectamente asumibles por otras psicoterapias. Esta influencia es bidireccional y como prueba está el influjo que la terapia de conducta ejerce en la terapia familiar, aunque partan de modelos diferentes.

Tras este breve repaso a la situación actual vamos a tratar de perfilar, recurriendo a nuestra «bola de cristal», los requisitos ideales para una que una psicoterapia sea financiada por un Servicio Público. Excusamos señalar, que estas condiciones son válidas para cualquier orientación: conductual, dinámica, psicoanalítica, sistémica, etc.:

1. Alta eficacia y bajo coste.
2. Mínimo uso de recursos técnicos y humanos.
3. Objetivos concretos y medibles.
4. Pocas sesiones de psicoterapia.
5. Modelo de cambio discontinuo.
6. Lugar del cambio fuera de la sesión.
7. El proceso de cambio es achacado al cliente/enfermo.
8. El cambio es duradero en el tiempo.
9. La cura se generaliza a otros problemas.

Estas condiciones requieren fuertes adaptaciones de las diferentes orientaciones, algunas de las cuales se están llevando a cabo. Por otra parte en la clínica existen pocos modelos puros. La orientación psicopedagógica se une a modelos de conducta y estos a los sistémicos. Se utilizan los medios informáticos como auxiliares de las intervenciones o como programas diseñados para los pacientes, etc.

Los requisitos señalados implican un modelo de intervención basado en la cooperación con el cliente/enfermo, el cual es parte activa en el proceso de curación. Por lo tanto requiere encuadres flexibles, que se adapten a sus necesidades, las cuales sean satisfechas con la mínima dependencia y trasladando la responsabilidad de las mejoras al cliente.

A continuación expondremos brevemente un modelo que se adapta perfectamente a estas condiciones y sus resultados. La responsabilidad en la elección del modelo es nuestra, pero ello no significa que sea el único y exclusivo que cumpla las condiciones arriba señaladas; ni que sea aplicable a la totalidad del amplio panorama de los trastornos mentales.

## **2. Evaluación de Psicoterapia breve centrada en soluciones (PBCS) en un Centro de Salud Mental**

### **2.1. Introducción**

La PBCS ocupa casi todo su tiempo en construir imaginariamente como será la vida sin el problema. Se hace de una forma detallada y concreta, de tal manera que esa descripción haga palpable, posible y muy cercana su realización (Espina Barrio, 1997). Justo lo contrario de la relación tradicional, que se entretiene en describir detalladamente el problema, indagar sus causas y resaltar los efectos negativos que genera; lo que aumenta la percepción de la gravedad del mismo.

Orientar las conversaciones hacia lo que funciona producen los siguientes efectos: 1) Acorta la duración de la sesión. 2) Otorga rápidamente a quien consulta la sensación de ser él quien dirige su cambio. 3) Permite finalizar la terapia en pocas sesiones, generalmente menos de cinco.

Una descripción más detallada de la PBCS se encuentra en Espina Barrio y Cáceres (1999), donde se hace una evaluación parcial de las psicoterapias y al que nos referiremos en este trabajo. Los tres pilares básicos de la TBCS son: La postura acrítica del conductor, la descripción isomorfa de la familia, que reencuadra su propia visión, y la concepción de la actuación de la familia como una forma de cooperar. Lo fundamental es la adecuación entre la pauta de intervención y la familia. De este ajuste deviene el cambio y durante la prescripción facilita que la familia vea el problema desde un ángulo diferente. Esta revisión da lugar a una meta específica alcanzable, la cual dará una visión diferente del problema (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994; Shazer et al., 1986; Shazer, 1992; Hudson y Weiner-Davis, 1990; Espina Barrio, 1993).

### **2.2. Evaluación**

Casi todas las sesiones se hicieron en la consulta habitual del psiquiatra, que a veces está acompañado por un médico residente de familia y durante treinta minutos, que es el tiempo habitual de primera consulta.

En el Centro de Salud Mental no hay otro profesional habituado a trabajar con Psicoterapia Breve. Sin embargo, este hecho no se trasladó a los pacientes, ya que en ningún momento se comentó que existiera alguna diferencia con una consulta ordinaria de psiquiatría.

En muchos casos, pero no en todos, se diseñó una escala de uno a diez, donde los pacientes definen y puntúan sus propias metas. Esta escala fue realizada en la primera o segunda sesión.

Todos los casos que fueron tratados con Psicoterapia Breve han sido revisados al cabo de más de un año de finalizar la misma. Para realizar la evaluación y evitar las expectativas optimistas del terapeuta, la revisión ha sido efectuada por un médico residente en Psiquiatría que conoce la Psicoterapia Breve, pero no ha intervenido en las psicoterapias evaluadas.

La evaluación ha sido telefónica y el diseño es muy sencillo. Se basa en los objetivos establecidos durante la primera sesión, si éstos no existen se crean unos que se preguntan a los pacientes. La valoración se realiza en una escala de uno a diez por el propio paciente. Primero, sobre el estado que tenían antes de la terapia; segundo, al finalizar la terapia, y tercero, en el momento actual de la evaluación, así como una previsión de futuro.

Se ha recurrido a un proceso sencillo porque muestra mejor la efectividad y valoración de la terapia y no se oscurece con complejidades, algunas de ellas trasnochadas. Dado que la Psicoterapia Breve se basa en las soluciones de los pacientes, parece lógico que sean ellos los que puntúen el logro de las mismas. El parecer del terapeuta, como ya se ha visto en otros trabajos, suele ser inferior al del paciente y no siempre se correlacionan ambos; de ahí que no se tenga en cuenta en este trabajo. Por otra parte, el terapeuta se centra en los objetivos del paciente. El evaluar las quejas y los objetivos surgidos de las mismas sigue el principio de congruencia entre objetivos y resultados, lo que no ocurre con medidas clásicas como el MMPI, 16PF u otros cuestionarios de personalidad. Todos ellos no dicen nada sobre las variaciones interaccionales del individuo o la familia gracias a la psicoterapia (Pérez Grande, 1991).

### **3.3. Resultados**

Se realizó una evaluación telefónica de 41 psicoterapias, planteándoles la valoración de su problema dentro de una escala de 0 a 10, donde 0 equivaldría a encontrarse muy mal y 10 estar perfectamente.

La valoración se hizo sobre dos momentos concretos:

- Actualmente, transcurrido mas de un año desde que había finalizado la terapia.
- Una valoración futura respecto al problema por el que se solicita ayuda.
- Se obtuvo, además, la puntuación al comenzar y al finalizar el tratamiento. Estos datos fueron recogidos directamente de la historia clínica, así como el número de sesiones de terapia, el problema por el que se solicita ayuda y los objetivos que el propio paciente se planteaba.

Problemas: Ver tabla de problemas por el que se solicita atención.

El problema más frecuentemente tratado (12) corresponde a relaciones de pareja que, junto con los de familia (7), constituyen prácticamente la mitad de las psicoterapias evaluadas. Esto se debe en parte a que el profesional que ha realizado la terapia atiende habitualmente dichas problemáticas.

#### PROBLEMA POR EL QUE SE SOLICITA ATENCIÓN

<i>Problemas de relación de pareja</i> .....	12
<i>Problemas de relación con la familia</i> .....	7
<i>Duelo</i> .....	4
<i>Abandono de pareja</i> .....	1
<i>Falta de trabajo y proyectos</i> .....	1
<i>Ansiedad en el trabajo</i> .....	2
<i>Problemas con los estudios</i> .....	5
<i>Trastorno somatomorfo</i> .....	1
<i>Depresión</i> .....	2
<i>Rituales obsesivos</i> .....	1
<i>Trastornos de sueño</i> .....	1
<i>Fobia social</i> .....	1
<i>Juego</i> .....	1
<i>Consumo excesivo de Alcohol</i> .....	2
<i>Total</i> .....	41

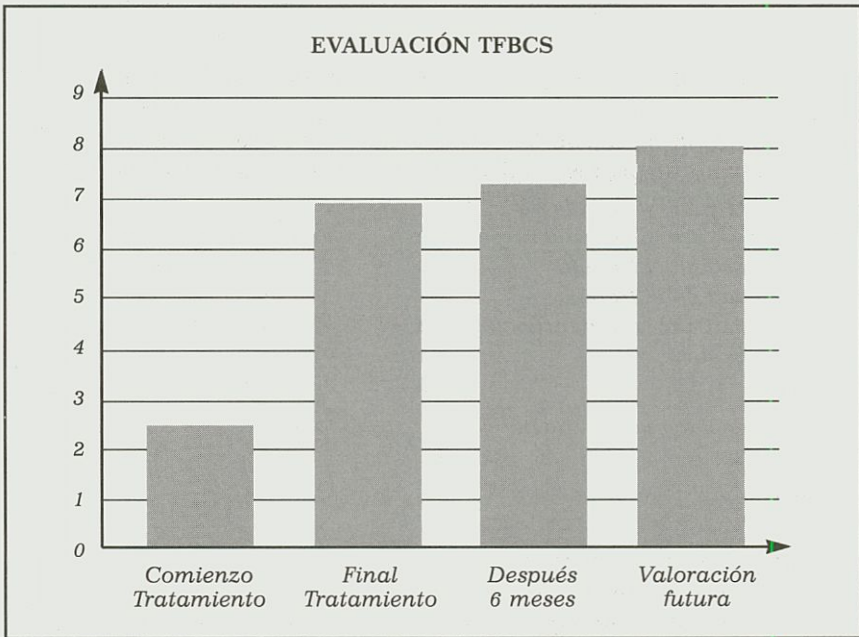
La correlación entre problemas y objetivos se vio en un trabajo anterior (Espina y Cáceres) por lo que no se ha continuado en esta revisión.

Resultados (ver diagrama de barras de resultados de la evaluación)

Respecto al número de sesiones, la media fue de 3, oscilando entre 1 en los casos más breves y 6 en los más prolongados.

La puntuación, evaluada de manera subjetiva por los propios pacientes entre 0 y 10, obtuvo los siguientes resultados:

- Al comienzo del tratamiento la puntuación media fue de 3, dándose en muy pocos casos una valoración totalmente pesimista de 0.



- Al final del tratamiento se obtiene una puntuación media de 7, existiendo una clara diferencia entre el comienzo y la finalización de la terapia, independientemente del número de sesiones.
- La valoración media, transcurrido más de un año desde que finalizó la terapia se sitúa en 8. Se observa que no sólo se ha mantenido la mejoría, sino que incluso ha aumentado la percepción de dicha mejoría. Sólo en un caso se produjo un empeoramiento evidente.
- Respecto a la valoración futura, en la mayoría de los casos se mantiene la misma expectativa que en el momento de la evaluación, salvo en un caso que se considera fracaso al año de finalizada la terapia, con una puntuación promedio de 8.

En cuanto a los abandonos, señalar que no fueron evaluados, lo cual no permite considerar que fueran fracasos en la terapia, ya que algunos pudieron dejar la terapia por existir realmente una mejoría.

#### **2.4. Discusión de los resultados**

Los resultados obtenidos en esta evaluación de 41 psicoterapias son idénticos a la parcial que hicimos de 24 (Espina y Cáceres, 1999)

N.º	Problema	Puntuación				Valoración Futura
		N.º Sesiones	Comienzo Tto.	Final Tto.	Después 6 meses	
1	Abandono de pareja	3	3	8	9	10
29	Adaptativo Ansioso-Depresivo	3	2	6	7,5	8,5
2	Alcohol y Alt. de conducta	1	4	8	8	8
38	Alcohol y Alt. de conducta	2	1	8	7	8
3	Ansiedad en el trabajo	2	6	7	8	8
37	Ansiedad en el trabajo	2	1	5	7	8
4	Ansiedad por falta de trabajo	3	0	6,5	7	7
5	Depresión	4	0	6	8	8
6	Duelo	5	3	6	8	8
7	Duelo	4	5	9	9	9
26	Duelo	3	3	7	8	8
33	Duelo	1	1	8	10	10
8	Fobia social	2	1	6,5	7	7
34	Juego	1	4	8	10	10
9	Problemas con los estudios	2	2	7	8	8
25	Problemas con los estudios	2	5	7,5	8	8
31	Problemas con los estudios	4	3,5	8,5	7	8
39	Problemas con los estudios	5	1	8	8	9
40	Problemas con los estudios	1	3	8	9	10
10	Problemas de familia	5	3	7	8	8
11	Problemas de familia	6	0	6	7	7
12	Problemas de familia	6	5,5	7	7,5	7,5
13	Problemas de familia	3	4	7	2	-
32	Problemas de familia	2	2	6	6,5	8
36	Problemas de familia	1	5,5	7	8	9
41	Problemas de familia	1	3	7	10	10
14	Problemas de pareja	4	3	8	8	8
15	Problemas de pareja	2	2	8	8	8
16	Problemas de pareja	2	3	6	6	6
17	Problemas de pareja	2	1	5	6	6
18	Problemas de pareja	6	5	10	10	10
19	Problemas de pareja	2	2	7	7	7
20	Problemas de pareja	2	2	8	10	10
21	Problemas de pareja	1	3	7	8	8
27	Problemas de pareja	3	2	6	7	8
28	Problemas de pareja	2	3	6,5	9	10
30	Problemas de pareja	3	5	8	8	8
35	Problemas de pareja	1	1	9	10	10
22	Problemas de sueño	2	2	7,5	8	8
23	Rituales obsesivos	2	4	6,5	8	8
24	Trastorno somatomorfo	3	3	8	8	8
MEDIAS:		3	3	7	8	8



por lo que remitimos al lector a la misma, donde se comparan con otras investigaciones (Beyebach, 1997) y algunas nuestras anteriores con otros modelos (Espina Barrio y Blanco, 1992; Blanco y Espina Barrio, 1994).

Resumimos, afirmando que los resultados obtenidos por nosotros igualan y mejoran en varios parámetros a los obtenidos en otros trabajos publicados. Dichos resultados tienen coherencia interna y confirman la eficacia, validez y utilidad de la PBCS aplicada en un Servicio Público de Salud Mental.

## **2.5. Conclusiones**

Son similares a las extraídas de la evaluación parcial:

1. La Psicoterapia Breve (PBCS) es útil para tratar diversos problemas de salud mental.
2. Los objetivos se correlacionan claramente con el problema planteado.
3. Se trata de una psicoterapia muy breve.
4. Demuestra su eficacia por la diferencia muy significativa entre las puntuaciones del inicio y final del tratamiento.
6. Pasado un año, el problema no sólo se ha solucionado, sino que incluso ha mejorado.
7. La solución encontrada es satisfactoria y duradera, ya que la expectativa de futuro iguala o supera a la evaluación de un año.

## **3. Programa de formación en PBCS para MIR Y PIR**

Se trata de un Programa Docente y Asistencial de los Servicios de Salud Mental. Su finalidad es entrenar a los MIR-PIR en el tratamiento con TFBCS de los pacientes y familias de dicho Area para que puedan beneficiarse de este tipo de Psicoterapia.

### **1. Objetivos generales:**

- 1.1. Aprender a realizar TFBCS, siendo parte del equipo y monitor de terapia familiar (TF)
- 1.2. Realizar un trabajo de investigación y observación sobre los diferentes aspectos de la TFBCS.

## **2.1. Objetivos específicos:**

2.1. Asistencia y participación como observador participante en el Equipo de TFBCS durante tres meses (Secuencia de conductas. Encuadre, Reencuadre; Pautas no problemáticas, Frases favoritas y Palabras no problemáticas; Resultado de las tareas).

2.2. Desempeño alternativo de monitor-observador durante nueve meses.

2.3. Diseño y ejecución de un trabajo de investigación sobre TFBCS.

El programa es dirigido por un psiquiatra con la colaboración de una trabajadora social, experta en terapia familiar.

Comenzó en junio de 1998 y la duración prevista es de un año.

Todas las sesiones tienen lugar en una sala de terapia provista de un espejo unidireccional, sala de observación y todas las sesiones son registradas en vídeo.

Dada la novedad de trabajo en directo y participativo, muy diferente al trabajo más teórico e indirecto de los seminarios de formación y supervisión habituales de orientación psicoanalítica, se decidió dar un paso intermedio que es el Juego de Roles. El cual es un Psicodrama con finalidad didáctica (Espina Barrio, 1995), por el que los discentes presentan casos de su experiencia sin llevarlos en directo. Nuestra intención es que pierdan miedo escénico y se integren y responsabilicen con esta modalidad de tratamiento. El desempeño de psicoterapeuta y paciente mejorará su empatía y eliminará el hipercriticismo y posturas oposicionistas, facilitando una cooperación mutua, imprescindible para crear un auténtico clima de equipo. También se ha impartido una serie de sesiones teóricas preparatorias específicas sobre el tema. La dedicación es de dos horas a la semana.

Aún es pronto para hablar de resultados, por lo que describimos la división que se ha realizado en la observación, la cual desmenuza la Psicoterapia y proporciona datos muy valiosos para la prescripción (Shazer, 1989). Para conseguir un máximo de efectividad se dividió en seis apartados, que a continuación describimos:

### **1. Secuencia de conductas disfuncionales**

Es la descripción de las conductas y respuestas al problema/s que motiva la consulta de cada uno de los miembros de la familia.

Esta interacción suele ser recurrente y circular, aunque varíen los motivos. Generalmente las respuestas no son soluciones eficaces y a pesar de ello se reiteran continuamente.

## Ejemplo de Secuencia de Conductas:

El hijo se porta mal – El padre le grita – El hijo llora y la madre interviene – La madre y el padre discuten – El padre impone disciplina – La madre se retira y se vuelve al comienzo.

### 2. Desarrollo de la adaptación

Es el acoplamiento entre el Equipo y la Familia. La primera tarea del Equipo es discriminar si la familia es:

*Visitante*: No concreta una queja, ni está dispuesta a realizar nada que no sea acudir a la consulta.

*Demandante*: Tiene un problema y lo detalla concretamente, pero no se muestra dispuesta a realizar algo para resolverlo.

*Comprador*: Es alguien que quiere hacer algo respecto de un problema.

Tras la primera sesión se sigue revisando el proceso de acoplamiento Equipo – Familia y las respuestas que el primero tiene que dar al segundo. Si es *visitante* se les da las gracias por la visita y no se inicia terapia. Si es *demandante* y no desean hacer nada para cambiar la queja, se redefine ésta como lo que pueden hacer mejor. Si *comprador*, se inicia o prosigue la *terapia*.

### 3. Pautas no problemáticas

Son aquellas secuencias que la familia realiza con éxito y cuyo reconocimiento promueve una mayor aceptación familiar.

Por ejemplo, la familia acude por problemas de comida, pero distribuyen muy bien las tareas de casa, deciden quiénes, cuándo y dónde se van de vacaciones. Estas secuencias son las que hay que describir:

Ejemplo de Tareas de casa: El padre propone la limpieza general, la madre distribuyen los roles, los hijos dan su parecer y se realizan las tareas acordadas.

Son necesarias para la Connotación Positiva o cualidades de la familia, que se hacen en la Prescripción.

### 4. Frases favoritas y palabras no problemáticas

Frases favoritas: son las expresiones o palabras que la familia usa habitualmente. Su significado emocional es neutro o positivo, pero favorecen la inclusión familiar. Forman parte de la historia de la familia y permiten reconocerse como uno de los suyos. Son

muy útiles para que el Equipo se sienta incluido y les hable en su mismo lenguaje.

Palabras no problemáticas: son frases o expresiones o maneras de comunicar que la familia percibe sin tensiones. Se pueden utilizar en la prescripción con los mismos contenidos o con otros diferentes.

Ambas observaciones proporcionan el lenguaje básico con el que se puede comunicar a la familia y lograr una mejor aceptación.

## 5. Reencuadre o redefinición

Es una forma de ver en positivo la Secuencia Disfuncional. Se trata de dar un sentido noble o de buenas intenciones a las disconductas. Una buena forma de familiarizarse con ella es describir la secuencia de conductas disfuncionales como una forma de protección de un miembro de la familia a otro. Se requiere una visión poética de lo que se observa y ciertas dosis de aparente «ingenuidad». No se puede dar indicaciones no éticas: por ejemplo, que beban, fumen, se droguen, etc., pero sí reencuadrarlo como una forma de protección.

Es la base de las *atribuciones nobles* o *connotación positiva*, que consiste en pensamientos positivos sobre lo que la familia hace. Se basa en el principio de que toda familia tiene capacidad para resolver sus dificultades y de cómo ésta aumenta cuando se resalta.

Ejemplo de *reencuadre* posible en la *secuencia* descrita en la Observación 1: El hijo protege a los padres. El padre protege a la madre y la relación entre ella y el hijo. La madre protege al padre. Los padres protegen al hijo. El padre protege a la madre; el padre es abnegado. La madre protege al hijo y la relación entre el padre y él y vuelta al comienzo.

## 6. Definición de metas y puntuación. Resultado de tareas

La Terapia Breve necesita concentrarse en unas metas específicas para no perderse. Éstas se establecen durante la primera sesión; si no fuera así se debe preguntar en el Equipo la conveniencia o no de definir las metas. Las metas las establece la familia y las puntúa de 1 a 10, en orden ascendente y siempre en sentido positivo. Se pregunta antes de venir, ahora y en las sesiones siguientes, especialmente al *final* de la terapia. Sirven también para el seguimiento. Es muy útil establecer una Meta Razonable que rebaje aspiraciones imposibles de alcanzar con los límites de la TFBCS.

Las metas aclaran y catalizan la terapia, llevándola enseguida a su fin.

Resultado de las Tareas: Se anota como la familia responde a las sugerencias que el Equipo realiza. Se puede hacer desde la pri-

mera sesión, porque suele haber un primer contacto previo. El Resultado de las Tareas se divide en dos partes: 1. *Acción*: No las hicieron, las hicieron literalmente, las hicieron pero las transformaron. 2. *Resultado*: Se supone que las han realizado y han generado: solución del problema, solución parcial del problema y no Resolvieron para nada el problema.

El Resultado sirve para saber cómo y qué tarea se puede solicitar en la siguiente sesión, de ahí su importancia en la *prescripción*.

#### 4. Conclusiones

1. Es imprescindible la evaluación de la psicoterapia Pública.
2. La Psicoterapia Breve Centrada en Soluciones (PBCS) es eficaz y duradera.
3. La PBCS precisa de una media de sesiones de 3, oscilando entre 1 y 6.
4. Los programas de Formación de Postgrado en vivo son una vía regia para adquirir las habilidades necesarias para realizar Psicoterapia.
5. Es necesario que los programas de MIR de psiquiatría y de PIR exijan un mínimo de horas para que el especialista tenga las habilidades suficientes para indicar y realizar una psicoterapia breve.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Beyebach M. - Rodríguez Morejón A., «La proyección al Futuro como técnica de negociación de objetivos en terapia familiar», *Familia*, Revista de Ciencias y Orientación Familiar, 1994, 8, pp. 37-55.
- Beyebach y otros, «Terapia Familiar Breve: resultados de la Terapia Centrada en las Soluciones en la Universidad Pontificia de Salamanca», *Familia*, Revista de Ciencias y Orientación Familiar, 1997, 15, pp. 9-29.
- Blanco Velasco, B. - Espina Barrio, J. A., «La importancia del Contexto en la Psicosis Infantil - Yo Ramón soy un esquizofrénico», *Familia*, Revista de Ciencias y Orientación Familiar, 1994, 8, pp. 97-108.
- Espina Barrio, J. A. - Blanco Velasco, B., «La revisión en un programa de terapia familiar en un centro de salud mental», *Vínculos*, Revista de Psicodrama, Terapia Familiar y otras Técnicas Grupales, 1992, 4, pp. 67-80.

- Espina Barrio, J. A., «¿Cómo sabemos lo que creemos saber?», *Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental*, 1993, 2, pp. 11-16.
- , *Psicodrama-nacimiento y Desarrollo*, Salamanca, Amarú, 1.º de., 1995.
- , «Hablando con Steve de Shazer: ¿Qué sucede cuando conversamos con los pacientes sobre soluciones en vez de hablar sobre problemas?», *Cuadernos de Terapia Familiar*, 1997, 35/36, II Época, Año XI, pp. 165-170.
- Espina Barrio, J. A. - Cáceres, J. L., «Evaluación de Psicoterapia Breve Centrada en Soluciones en un Centro de Salud Mental», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n. 69, enero-marzo, 1999, pp. 23-38.
- Hudson O'Hanlon - Weiner-Davis, *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en Psicoterapia*, Barcelona, Paidós, 1.ª ed., 1990, 2.ª ed., 1993.
- Pérez Grande, M. D., «Evaluación de Resultados en Terapia Sistémica Breve», *Cuadernos de Terapia Familiar*, 1991, 18, II Epoca, Año V, pp. 93-110.
- Poch, J. - Ávila Espada, A., *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*, Barcelona, Paidós, 1.ª ed., 1998.
- Shazer, S. y otros, «Brief Therapy: Focused Solution Development», *Family Process*, 1986, 25, pp. 207-221.
- Shazer, S., *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*, Barcelona, Paidós, 1989.
- , *Claves en Psicoterapia Breve. Una Teoría de la Solución*, Barcelona, Gedisa, 1992.