

ORIGINALES Y REVISIONES

Una psicoterapia breve centrada en soluciones

RESUMEN: Se describe la Psicoterapia Breve Centrada en Soluciones. Se evalúan los resultados obtenidos después de más de un año de finalizada la terapia.

PALABRAS CLAVE: Evaluación, Psicoterapia breve.

SUMMARY: On describe the Brief Psychotherapy Solutions Focused. On evaluate the results over a year after therapy.

KEY WORDS: Brief, Evaluation, Psychotherapy.

Psicoterapia breve centrada en soluciones (PBCS)

Consiste en una serie de sesiones, no más de diez, donde el Equipo y el/los consultantes se ocupan fundamentalmente de los momentos y las maneras en que se ha resuelto la dificultad que les trae a consulta. En caso de no haber existido ninguna solución, el Equipo preguntará por soluciones hipotéticas: ¿Cómo será su vida sin el problema? ¿Qué cosas serán diferentes cuando todo se haya solucionado?

La diferencia más notable con las entrevistas clásicas es que la TBCS ocupa casi todo su tiempo en construir imaginariamente cómo 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 (1). 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.

Esta primera parte, activada en ocasiones con la pregunta del milagro, permite definir los objetivos terapéuticos y va a marcar el camino de la Terapia (2). Es un potente catalizador que marca el comienzo de colaboración con los consultantes, el éxito y el fin de la terapia.

Orientar las conversaciones hacia lo que funciona producen los siguientes efectos: a) acorta la duración de la sesión; b) otorga rápidamente a quien consulta la sensación de ser él quien dirige su cambio; c) permite finalizar la terapia en pocas sesiones, generalmente menos de cinco.

El nombre de TBCS parafrasea el celebre artículo de Weakland y otros (3) sobre Terapia Breve Centrada en la Resolución de Problemas. Ambas terapias aparecieron en la misma revista *Family Process* con unos años de diferencia (3, 4); por cierto que esta revista señala la consagración de las más importantes corrientes de la Terapia Familiar, ya que lo mismo sucedió con la Escuela de Milán (5). Este hecho muestra sus orígenes y sus diferencias; se trata en efecto de una psico-

terapia interpersonal, de tipo sistémico, que se puede llamar familiar, aunque consulte una sola persona, porque su óptica es interaccional. Nace de la creativa e ingeniosa experiencia clínica de Harry Stack Sullivan, con sus técnicas de hipnosis y de variación de la secuencia disfuncional y sobre todo con la productiva visión de un futuro sin problemas. Sin embargo, la TBCS no utiliza la técnica de hipnosis, ni es sugestiva, en el sentido de que el conductor indica al consultante lo que le va a ir mejor.

La TBCS parte del Constructivismo (6, 7, 8) según el cual la realidad sólo se conoce cuando uno se tropieza con ella, el resto son construcciones de la realidad. Concibe el sufrimiento psíquico como algo generado por una deformada construcción de la realidad. Basta cambiar la misma, para que uno tenga una mejor percepción de sí mismo. Quien se consideraba inepto o incapaz, descubre aptitudes y habilidades y esto le hace pasar de considerarse un fracasado a un ser exitoso. La mayor parte de los Trastornos Mentales no se basan en una realidad objetiva (pobreza, hambre, desolación, etc.) sino en una percepción alterada de la realidad. A veces llega hasta el extremo de crearse una realidad subjetiva, como sucede con las psicosis, pero lo más habitual es una distorsión de la percepción, que es lo que sucede en las neurosis. El límite del ser humano son sus percepciones, son éstas las que le hacen sentirse inferior, incapaz, inepto, torpe, tímido, inexpresivo, aislado, huraño. Las mismas fuerzas que le hacen sentirse así le convierten en superior o igual, capaz, eficiente, habilidoso, extrovertido, expresivo, sociable, agradable. La clave consiste en dejar de centrarse en los problemas y acudir a las soluciones, realizando un proyecto encaminado a la consecución de las mismas.

La TBCS considera que el Consultante (Individuo o Familia) y el Equipo (Monitor y Observadores) no son elementos diferentes que carecen de influencia entre sí, tal y como la sostiene la Teoría Empírica cuando afirma que el experimentador no afecta al experimento. La TBCS por el contrario se atiene a la Segunda Cibernética, por la que el experimentador y el experimento se influyen mutuamente. Es decir, que la Familia influye en el Equipo y el Equipo en la Familia en una interacción recurrente. De este postulado se deduce la necesidad de un Acoplamiento entre Equipo y Familia para que la Terapia obtenga unos resultados satisfactorios.

Esta concepción del funcionamiento de la terapia (9, 10, 11, 12, 13), condiciona la forma de trabajar del equipo (conductor y observadores), cuya posición terapéutica se resume en tres claves:

1. Postura acrítica del Equipo ante los objetivos y la cosmovisión de la Familia, lo que favorece el acoplamiento Equipo-Familia. La pausa entre la sesión y la prescripción marca una inflexión sobre lo que se va a comunicar; una reflexión y un distanciamiento que implementan la prescripción. El uso sistemático de los elogios a la familia, también conocidos como connotación positiva o atribu-

ciones nobles a la familia, es otra de las herramientas imprescindibles. En nuestra revisión de un Programa de Terapia Familiar (14), que aplicamos durante cinco años siguiendo el Modelo de Milán, observamos que en todas las sesiones se realizó una connotación positiva a la familia y a todos sus miembros, durante la prescripción. Atribuir cualidades a la familia y agradecer su asistencia fue un factor decisivo en el acoplamiento con la familia y en el éxito del programa, incluso en aquellos casos difíciles (15).

2. Isomorfismo. Para entender este concepto acudiremos a la metáfora de la visión. Cuando explicamos que la Construcción de la Realidad no es la realidad misma, recurrimos al grabado del Molino de Escher (16) donde construimos un mundo imposible, en el cual el agua pasada sí que mueve el molino. La afirmación de que no vemos se prueba de la siguiente manera: Se dibuja en un folio una cruz y unos centímetros más allá un punto. Se tapa el ojo izquierdo y se fija la vista en el punto. Al alejar poco a poco el papel, el punto real que hemos creado desaparece. La explicación fisiológica es el punto ciego, pero lo cierto es que en ese instante vemos que no vemos.

Finalmente, la visión en relieve se consigue porque el campo del ojo izquierdo y el derecho no son exactamente iguales. La interposición de la nariz y la distancia entre los dos ojos da lugar a campos isomorfos pero no idénticos. Esta diferencia se comprueba cuando se tapa un ojo y otro alternativamente y se toma como referencia los extremos del campo. En esto se basa la Teoría Binocular del Cambio (17) según la cual la familia tiene una visión plana de su realidad y el acoplamiento Equipo-Familia produce una visión binocular. Se consigue cuando el Equipo devuelve a la familia una descripción de sí misma similar a la que tiene, pero desde un ángulo diferente. La Pausa crea una distancia entre el Equipo y la Familia que permite al primero una reflexión y preparar la comunicación final. Durante la Prescripción, el elogio favorece la asunción de una descripción semejante que notifica una diferencia. Si la descripción de la familia es A, el equipo la describe como A', pero no como B; de ahí que no se hagan descripciones espectaculares, brillantes, que sólo entiendan los psicoterapeutas, sino una versión algo modificada de la autodescripción familiar.

3. Cooperancia significa que la modalidad de realizar una tarea de una familia dada es su forma particular de colaborar. La tarea del Equipo es detectar la forma de cooperar con la familia, y adaptarse a dicha modalidad. No existe el concepto de Resistencia. Si cuando se prescribe una tarea no la hacen, el Equipo sabe que no debe mandar tareas, sólo que observen. Si las realizan pero transformando, se les sugieren tareas transformables. Si las llevan a cabo de forma literal, se les pide trabajos que produzcan cambio. De esta manera, cualquier modalidad de respuesta a la tarea propuesta es vista como una forma de colaborar y orienta sobre las prescripciones futuras.

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, son tres pilares básicos de la TBCS. Lo fundamental es la adecuación entre la pauta de intervención y la familiar. 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.

Básicamente los procedimientos se resumen en: 1.–Planificación Previa de la sesión y emisión de hipótesis basadas en la información existente, las cuales se evaluarán después. 2.–Preludio de la sesión. Es una fase social en la que se investigan las pautas no problemáticas de la familia, las frases favoritas y las palabras no conflictivas. 3.–Recolección de datos con preguntas circulares y cambio mínimo. Durante la sesión el equipo anota lo que sucede en términos positivos y registra la secuencia de conductas. Todas estas informaciones se procesan durante la Pausa y son instrumentos muy útiles para la Redefinición. 5.–La Intervención tras la pausa comienza con el Elogio o disposición afirmativa de la familia ante lo que les sucede y el Indicio o secuencia conductual del mapa. Éste se describe de forma isomorfa y señala algo que razonablemente se espere en el futuro inmediato. En la siguiente sesión, la forma de reaccionar ante el indicio nos informa sobre cómo colaboran con nosotros y orienta la Terapia. Este encuadre es muy similar al de la Escuela de Milán; sin embargo, el estilo del monitor es menos frío y distante; es más cálido y cercano.

A veces la familia no puede describir una meta o se muestra confusa. Lo más apropiado será hacer una intervención isomorfa que redefina el síntoma como una protección mutua; siendo éste lo mejor que puede suceder en ese momento. Existen otras modalidades más complejas de intervención, como la técnica de intercalación isomorfa (17), que no describimos en aras de mostrar claramente la pauta más habitual de intervención.

El Mapa Central de Shazer (9) muestra con claridad en un Diagrama de Flujo el Desarrollo de la Adaptación y la Terapia. Al Comienzo se trata de discernir para qué viene la familia. Si es de Visita y no presentan un problema que quieran solucionar, basta hacer cumplidos y no entrar en terapia hasta que la demanda cambie. Si acuden como demandantes, es decir, tienen un problema, pero no es seguro quieran hacer algo por solucionarlo, la tarea consiste en convertirlos en Compradores: personas que tienen un problema y quieren hacer algo por resolverlo.

Con los Compradores no se pierde mucho tiempo en preguntar acerca del problema. El primer supuesto de esta terapia es que la gente, cuando pide ayuda, ya tiene una idea sobre cómo solucionar el problema. La función del Equipo es detectar esta idea, simplificarla y devolverla a la familia para que ésta siga solucionando el problema por sí misma.

Basta con que el Equipo investigue sobre la existencia de Excepciones; es decir, momentos en que el problema no existe. Si son deliberadas y resuelven el problema, basta hacer más de lo mismo y se acabó la terapia. Si son espontáneas, se pueden hacer al azar o hacer lo más fácil que puede funcionar; en ambos casos nos darán un indicio de cómo reacciona la familia y nos servirá para hacer la prescripción de la siguiente sesión según haya sido su respuesta.

Si no hay excepciones, se construye una hipotética. La descripción concreta de una vida futura sin el problema o la Pregunta del Milagro, nos dan metas objetivas para empezar a fijar los objetivos y metas de la terapia (2). El foco se pone en algo pequeño y fácil de hacer experimentalmente. Si la descripción futura es vaga, se puede solicitar una tarea de observación, que se centre en detectar todo lo que la familia hace ahora y que le gustará seguir haciendo cuando todo se solucione. Si es el Marco Global el que dificulta la solución hipotética, se redefine el problema como una protección para la familia que implica a todos y se prescribe el síntoma, tal y como señalamos antes.

En la segunda sesión y siguientes se comienza por preguntar: ¿Qué va mejor? Si van mejor y hay diferencia entre los cambios y el problema, se pregunta si se han logrado los objetivos. Si se han cumplido se finaliza la terapia. Si no, se sugiere que sigan haciendo las tareas prescritas. Todo final acaba con elogios para todos, en los cuales se facilita por haber descubierto y logrado la solución a su problema. Si no van mejor, se verifica la realización de la Tarea. Si no la han hecho, no se les culpa o increpa; ya que su forma de colaborar es no hacer las tareas, por lo tanto no se les prescribe que hagan algo, sólo que observen. Si la han realizado transformándola, se les prescribe tareas transformables: relatos, historias, etc. Si la han hecho pero el resultado ha sido aleatorio, se pide que dejen a la suerte su acción, mediante una moneda al aire. Si la han realizado pero no ha resuelto el problema, habrá que deconstruirlo en submetas resolubles y empezar con las más fáciles. Otra vía puede ser preguntar qué han hecho para que el problema no empeore aún más. Como se puede ver, todas las Familias colaboran con el Equipo, ya que éste se adapta a su forma de colaborar. El Equipo no necesita inventar soluciones, sólo debe colaborar con la Familia para que ésta siga haciendo o realice las que creen útiles. Una forma muy interesante de acelerar la terapia es definir las metas y establecer una Escala de 1 a 10, fijar la puntuación de Meta Razonable e indagar sesión a sesión cómo va la Escala.

Descrita así la TBCS parece muy fácil, pero no es tan sencilla como aparenta. Detrás de ella existe un cuerpo teórico y una concepción del conocimiento, indispensables para su aplicación y resultado. En todo caso la facilidad o dificultad de la misma sólo se puede comprobar realizándola y a ello invitamos a nuestros lectores. Cuentan con un estilo de intervención, ágil, dinámico, de pocas sesiones, muchas veces una. Convierte a los demandantes en creadores y agentes

activos de la solución. Evita consultas y dependencias innecesarias. Gracias a la TBCS, los pacientes se convierten en agentes activos de su salud, sin necesidad de acudir al profesional cada vez que tengan un problema. Pueden explotar sus recursos para resolver sus dificultades con la menor intervención profesional posible.

Metodología de la evaluación

Encuadre y contexto

La evaluación se ha realizado sobre la base de las primeras demandas recibidas en un centro de salud mental de Valladolid que atiende a una población de cien mil habitantes. No se hizo una selección previa de los casos susceptibles de Psicoterapia Breve. Fueron tratados con esta modalidad de tratamiento los que hacían una demanda de realizar algo diferente con el problema, o que en la Primera Demanda o durante la sesión parecían ser «compradores». Se puede afirmar que el conjunto de casos evaluados forma parte de la consulta habitual de uno de los psiquiatras del centro.

El Centro de Salud Mental está compuesto por tres psiquiatras, un médico residente de psiquiatría, una psicóloga, una trabajadora social y tres auxiliares, junto con una enfermera con dedicación parcial, dos horas a la semana. Los pacientes son remitidos por los médicos de atención primaria de la seguridad social. También se atienden a cerca de veinte pacientes crónicos que viven en sus casas o en Hogares Protegidos que han servido para descargar, hace quince años, el Hospital Psiquiátrico de unas personas que llevaban más de veinte años ingresadas.

Las primeras demandas son siempre vistas por la Trabajadora Social. Al final de la mañana se comenta brevemente la demanda realizada y se procede a la distribución entre los diferentes profesionales del Equipo. Generalmente se atienden las preferencias, orientaciones o habilidades del profesional y/o la elección del paciente. Este análisis permite al equipo dilucidar, mejorar las expectativas y encauzar de una forma más operativa las siguientes consultas. El profesional que ha realizado las Psicoterapias de este estudio suele recibir aquellos problemas de pareja, familia, duelo y sexuales. No obstante se realizó Psicoterapia Breve con todos aquellos casos que mostraban algún tipo de interés por cambiar. No se tuvo en cuenta si se trataba de derivaciones específicas o no, por lo que puede afirmarse que la adscripción a Psicoterapia Breve no fue dirigida ni orientada.

La primera consulta después de la demanda suele hacerse a los pocos días de ésta, no más de siete días entre una y otra y frecuentemente al día siguiente o a los dos días. La duración de las consultas no excede de treinta minutos y la Psicoterapia Breve se realizó durante el mismo período de tiempo. La periodici-

dad de las sesiones se acordó con los pacientes y fue variable, pero generalmente la segunda sesión no se realizó hasta pasadas cuatro semanas.

Casi todas las sesiones se hicieron en la consulta habitual del psiquiatra, que a veces está acompañado por un médico residente de Medicina Familiar.

Se trataba de investigar la eficacia de la Psicoterapia Breve en el marco habitual de las consultas de un centro de salud mental, por lo que dichas sesiones no se diferenciaron en su encuadre con las consultas habituales. En el Centro 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.

Procedimiento de la Evaluación

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 (18).

Gómez Beneyto (19) describe con detalle la necesidad de evaluar los resultados de la Psicoterapia, por su alto coste, escasa repercusión en la población general y los escasos trabajos que muestren fehacientemente su eficacia. Por ello,

los Servicios Públicos han ido arrinconando estas prestaciones en pro de una psicofarmacología que ha aumentado su carestía de forma astronómica. También muestra las dificultades de diseño y los fracasos de evaluaciones rígidas, las cuales no consideran que el terapeuta y el cliente son parte de un todo, en vez de experimentador y objeto experimentado. Como señala dicho autor, no existe consenso acerca de la etiología de la enfermedad mental, ni sobre las causas «instrumentales»; pero sí sobre los síntomas y conductas alteradas y sus consecuencias sociales, como el uso de servicios sanitarios. Estos dos últimos aspectos son los que se evaluarán en este trabajo.

La sorpresa inicial por el pequeño número de sesiones de la Psicoterapia Breve, se contrarresta con el comentario habitual de que el éxito inicial de dicha psicoterapia se extingue en seguida, es decir, que tiene muy poca duración. También se cuestiona la focalidad de la terapia, inevitable en toda psicoterapia que intente reducir el número de sesiones al máximo. Sobre este tema ya se ha comentado que la expectativa del terapeuta es que si se soluciona un foco, el cliente podrá extender esa vía de solución a diferentes problemas. Ambas cuestiones se soslayan en este trabajo mediante la duración del período de evaluación, que se situó al principio en seis meses y más tarde se amplió a más de un año desde que finalizó la Psicoterapia Breve. Además, se preguntó al cliente si había sufrido otra clase de problemas y si precisó de otros tipos de ayudas, lo que nos indicará si ha ampliado la vía de la solución o no. En el segundo caso habrá acudido a diferentes instancias de ayuda sanitarias o sociales.

Resultados

La muestra total es de 37 pacientes, atendidos entre finales de 1994 y los 3 primeros meses de 1996.

Esta muestra se desglosa de la siguiente manera:

- 7 fueron descartados por haber abandonado la terapia antes de su finalización.
- 4 pacientes tuvieron un cambio de estrategia en el abordaje terapéutico.
- 2 pacientes no pudieron ser localizados por cambio de domicilio no registrado. (Ver Cuadro 1).

Se realizó finalmente una evaluación telefónica a 24 pacientes, 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 más de un año desde que había finalizado la terapia.

ORIGINALES Y REVISIONES

- Una valoración futura respecto al problema por el que se solicitó 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 Cuadro 2).

El problema más frecuentemente tratado, 8 casos, correspondía a dificultades de relación de pareja y familia. Esto se debe en parte a que el profesional que ha realizado la terapia atiende habitualmente dichas problemáticas. Si se suman los problemas de familia y pareja, incluyendo duelo, suman 15 evaluaciones de un total de 24.

Objetivos:

Los objetivos, planteados por el propio paciente como metas a conseguir, fueron en su gran mayoría relacionarse con la pareja, 7, nuevas actividades, 6 y mejorar las relaciones con la familia, 4. (Ver Cuadro 3).

Están claramente en relación con la causa que motivó la consulta, siendo los más frecuentes la mejoría en las relaciones con la pareja y la familia, así como la realización de nuevas actividades. La correlación implica una adaptación entre los consultantes y los terapeutas, además de implicar un deseo de cambio de los primeros. Se puede concluir que la mayoría de los asistentes son clientes, se tratan de personas que tienen un problema y que desean hacer algo para resolverlo.

Resultados: (Cuadro 4).

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.

Discusión

El porcentaje de abandonos, en torno al 20%, es similar al de consultas habituales en los Centros de Salud Mental (20). Dada las características de la terapia es necesario una evaluación de los mismos, para discriminar si se debe a fracaso de la terapia o a resolución del problema. Shazer, en comunicación personal, sostiene que jamás ha sido estudiado el famoso tercio que mejora en lista de espera en todo tipo de psicoterapias; por lo tanto es posible que muchos de ellos hayan alcanzado la solución a sus problemas sin necesidad de psicoterapia. Se impone un estudio de la situación de las personas que abandonan tras una o dos sesiones las consultas, para discriminar este aspecto, lo que se hará en futuras investigaciones.

La estrecha correspondencia entre el problema por el que solicitan consulta y los objetivos que se proponen alcanzar, tiene que ver con la forma de realizar la terapia y da coherencia interna al modelo. Si la TBCS se basa en la solución de los problemas de los clientes, los objetivos a alcanzar deberán estar íntimamente relacionados, lo cual facilita una evaluación pertinente de los resultados (18).

Los problemas por los que se solicita atención tienen que ver con la especificidad de las habilidades del terapeuta dentro del equipo, tal y como se describió anteriormente. Por lo tanto no se puede concluir que éstas sean las indicaciones de la TBCS; de hecho dicha modalidad se emplea con éxito en otras indicaciones como: toxicomanías, (11, 21), alcoholismo, (22) o trastornos de la conducta alimentaria, las cuales apenas están reflejadas en el presente estudio.

No es muy abundante la literatura de Evaluación de Resultados en Psicoterapia. Problemas técnicos y de riesgo de la experiencia promueven una evidente resistencia, que sólo será movilizada cuando la Seguridad Social o las Mutuas exijan unos procedimientos de evaluación de resultados para introducir en sus Catálogos de Prestaciones la Psicoterapia.

En nuestro caso es la segunda vez que evaluamos un procedimiento psicoterapéutico. La primera (14) fue un análisis de resultados de Psicoterapia Familiar siguiendo el Modelo de Milán; éste tiene ciertas similitudes con la TBCS (17), por lo que es un buen referente para hacer una comparación de datos. Curiosamente el número de familias revisadas es el mismo, 24, aunque pasaron un total de 50 familias. De las 24 estudiadas sólo se pudo revisar 17 familias, ya que 5 abandonaron antes de finalizar la terapia, otra dejó la terapia por ruptura de la pareja y otra familia se excluyó, porque en las dos sesiones de evaluación no hubo demanda de terapia. La media de sesiones por terapia fue muy superior, 6, 47 sesiones. Los problemas han sido mayoritariamente de pareja y familia, 10; toxicomanías, 3; y duelo, 2. Esto último tiene cierta concordancia con la evaluación de este trabajo y puede estar motivado por las indicaciones internas del propio equipo.

No se pueden extraer conclusiones válidas sobre los problemas y objetivos,

porque el encuadre teórico es otro. En él se describen Problemas Manifiestos, que expone la Familia, y Problemas Latentes, que define el Equipo. A veces, ambos son bastante diferentes.

La Autoevaluación se realizó entre los seis meses y el año y medio de finalizar la terapia y se puntuó de la misma manera; la media fue de 6. Bastante inferior a la revisión de este trabajo que, al año de finalizar la terapia, fue de 8. Como sólo se hizo una evaluación, no se puede decir nada del progreso de la terapia. Se observó una tendencia a puntuaciones extremas, lo que no ocurre en la TBCS, cuyo proceso continuo de evaluación permite estudiar mejor el desarrollo de la terapia y su variación en el tiempo. El monitor evaluado en el Modelo de Milán no siempre fue el mismo, lo que no ocurre en este caso, ya que ha sido siempre el mismo y no ha contado con equipo. Además, el modelo es diferente y el Terapeuta tiene 7 años más de experiencia, ya que formó parte del Equipo anterior.

Pérez Grande (18) evaluó 97 casos tratados con Terapia Breve Centrada en la resolución del Problema y/o TBCS. En su mayoría el Paciente Identificado era un estudiante, ya que el centro atendía problemas educativos. Las quejas fueron problemas del comportamiento infantil y juvenil 22,7%, depresión 13,4%, falta de seguridad en sí mismo 12,4%; y dificultades de relación de pareja 10,3%; estos motivos difieren sustancialmente de los aquí reseñados. La duración media de la terapia fue de 5 sesiones, con una periodicidad quincenal y una duración por sesión de una hora. En nuestra evaluación la media ha sido de tres, la periodicidad variable, pero generalmente cada 3 ó 4 semanas, y la duración de 30 minutos. El seguimiento se pudo hacer al 83,5% de la muestra. El intervalo de seguimiento osciló entre 6 y 35 meses, con una media de 18,9 meses.

Los resultados terapéuticos globales también son inferiores a los de nuestro trabajo: éxito 17%, fracaso 24%, abandono 20%, otros 7%. Si nos atenemos sólo a los que realizaron terapia: éxito 65,7%, lo que arroja una mejoría en los dos tercios. Un hecho interesante es que los mejores resultados se obtuvieron cuando en la primera sesión se establecieron los objetivos terapéuticos a alcanzar, más que una definición conductual de los mismos. Precisamente los fines de la terapia son el primer tema de conversación en nuestro modelo, lo que puede explicar su mayor éxito.

Shazer (1) en 500 casos evaluados, alcanza una media de 4,7 sesiones. Han logrado los objetivos un 82% de los casos tratados a los 6 meses de finalizada la terapia, que se mantienen e incluso mejoran con el paso del tiempo, ya que a los 18 meses un 86% manifiesta haber logrado los objetivos. Estos resultados son muy similares a los obtenidos en nuestra evaluación.

Beyebach y otros (23) evalúan 44 casos, de una muestra de 85. Fueron atendidos con TBCS, desde 1992 a 1995, en el Departamento de Terapia Familiar de la Universidad Pontificia de Salamanca. Las quejas se distribuyen en, problemas

de conducta en niños, 26,8%; problemas del estado de ánimo, 11,1%; problemas de pareja, 15,6%; problemas de comunicación padres-hijos, 20%; adicciones, 4,4%. La diferencia con nuestra evaluación puede deberse al hecho de que en el CSM sólo se atienden adultos a partir de los 18 años.

El seguimiento se hizo transcurrido más de un año del fin de la terapia y fue telefónico. La media de sesiones fue de 4,33. Todo ello muy parecido a los resultados que nosotros hemos obtenido.

Al finalizar la terapia la puntuación media en las escalas de avance de objetivos fue de 6,9; y de 7 en el seguimiento al año. En dicho seguimiento el 76% de los casos sitúa su escala en 7 ó más y sólo el 16% por debajo de 5. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por nosotros, aunque no los mejoran. Hay que tener en cuenta que son resultados de varios psicoterapeutas y que, dadas las características del centro, los monitores eran expertos o en formación. A pesar de todo, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos; lo que confirma que la supervisión detrás del espejo puede ser tan eficaz como el experto actuando delante, ya que la actuación es del Equipo. Otro hecho de esta evaluación, que confirma los presupuestos teóricos antes descritos, es que el 90% de los casos exitosos en la última sesión se mantienen en el seguimiento; pero que el 36% de los casos que se consideraron no victoriosos al finalizar la terapia, mejoraron sin la intervención de ningún otro profesional (éxito en seguimiento), lo que obliga a estudiar con más atención el resultado de los abandonos tras las primeras entrevistas.

Por lo tanto los resultados obtenidos por nosotros igualan y mejoran en varios parámetros a los obtenidos en otros trabajos publicados. Dichos resultados tienen coherencia interna con el modelo teórico expuesto y confirman la eficacia, validez y utilidad de la TBCS aplicada en un Servicio Público.

Falta analizar los abandonos, que se deja para futuros trabajos, porque se sale de los objetivos propuestos en éste. Su resultado ha llevado a impulsar un Programa de Formación para MIR y PIR, con supervisión directa con Espejo Unidireccional y Vídeo, cuya evolución y resultados se publicarán en próximos estudios.

Conclusiones

1. El número de abandonos es similar al de otras terapias.
2. La Psicoterapia Breve es útil para tratar diversos problemas de salud mental.
3. Los objetivos se correlacionan claramente con el problema planteado.
4. Se trata de una Psicoterapia muy breve.
5. Se demuestra su eficacia por la diferencia muy significativa entre las puntuaciones del inicio y final del tratamiento.

ORIGINALES Y REVISIONES

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.

Cuadro 1
Muestra

Evaluaciones	24
Cambios de domicilio. No localizados	2
Cambio de estrategia en el tratamiento	4
Abandonos	7
TOTAL	37

Cuadro 2
Problema por el que se solicita atención

Problemas de relación de pareja	8
Problemas de relación con la familia	4
Duelo	2
Abandono de pareja	1
Falta de trabajo y proyectos	1
Ansiedad en el trabajo	1
Problemas con los estudios	1
Trastorno somatomorfo	1
Depresión	1
Rituales obsesivos	1
Trastornos de sueño	1
Fobia social	1
Consumo excesivo de alcohol	1
TOTAL	24

Cuadro 3
Objetivos

Relacionarse mejor con la pareja (mejorar comunicación, realizar actividades juntos...)	7
Nuevas actividades (lectura, deporte)	6
Mejorar relaciones con la familia	4
Relacionarse mejor con los demás	4
Superar la pérdida	3
Controlar conductas	1
Abandono de pareja	1

Cuadro 4
Resultados de la evaluación

N.º	Problema	Puntuación				Valoración Futura
		N.º Sesiones	Comienzo Tto.	Final Tto.	Después 1 año	
1	Abandono de pareja	3	3	8	9	10
2	Alcohol y Alt. de conducta	1	4	8	8	8
3	Ansiedad en el trabajo	2	6	7	8	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
8	Fobia social	2	1	6,5	7	7
9	Problemas con los estudios	2	2	7	8	8
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	–
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
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

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ESPINA BARRIO, J. A., «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.
- (2) 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.
- (3) WEAKLAND, J. H., y otros, «Brief Therapy: Focused Problem Resolution», *Family Process*, 1974, 13, pp. 141-168.
- (4) SHAZER, S., y otros, ««Brief Therapy: Focused Solution Development», *Family Process*, 1986, 25, pp. 207-221.
- (5) SELVINI PALAZZOLI, M., y otros, «Hypothesis, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session», *Family Process*, 1980, 19, 1, pp. 3-12.
- (6) MATURANA, H.; VARELA, F.; BEHNCKE, C., *Las Bases Biológicas del Entendimiento humano. El árbol del conocimiento. Al pie del árbol*, Santiago de Chile, O.E.A., 1984.
- (7) WATZLAWICK, P., y otros, *La Realidad Inventada. ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?*, Barcelona, Gedisa, 1988.
- (8) ESPINA BARRIO, J. A., «¿Cómo sabemos lo que creemos saber?», *Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental*, 1993, 2, pp. 11-16.
- (9) SHAZER, *Claves en Psicoterapia Breve. Una Teoría de la Solución*, Barcelona, Gedisa, 1992.
- (10) HUDSON O'HANLON; WEINER-DAVIS, *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en Psicoterapia*, Barcelona, Paidós, 1.ª ed., 1990, 2.ª ed., 1993.
- (11) BEYEBACH, M.; PIQUERAS, R.; RODRÍGUEZ MOREJÓN, A. «Terapia Centrada en las Soluciones: Un estudio de caso», *Cuadernos de Terapia Familiar*, 1991, 18, II Época, Año V, pp. 61-92.
- (12) BEYEBACH, M.; RODRÍGUEZ-ARIAS, J. L., «Una entrevista con Bill O'Hanlon y Michel Weiner-Davis», *Cuadernos de Terapia Familiar*, 1991, 18, II Época, Año V, pp. 7-16.
- (13) RODRÍGUEZ MOREJÓN, A.; BEYEBACH, M., «Reflexiones sobre el trabajo con soluciones en terapia familiar sistémica», *Cuadernos de Terapia Familiar*, 1997, 34, II Época, Año XI, pp. 39-56.
- (14) 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.
- (15) 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.
- (16) ERNST, B., *El Espejo mágico de M. C. Escher*, Berlín, Taco, 1989.
- (17) SHAZER, S., *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*, Barcelona, Paidós, 1989.
- (18) PÉREZ GRANDE, M. D., «Evaluación de Resultados en Terapia Sistémica Breve», *Cuadernos de Terapia Familiar*, 1991, 18, II Época, V, pp. 93-110.
- (19) GÓMEZ BENEYTO, M., «La evaluación del resultado en psicoterapia dinámica», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1997, 63, XVII, pp. 537-546.
- (20) ARENAS, J. A., y otros, «¿Qué ocurre con los pacientes que demandan consulta?: Seguimiento de una población durante un año», *II Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica*, 1997, Valencia, 4 al 8 de noviembre.
- (21) ESPINA BARRIO, J. A., «La Intolerancia en la Familia del Adicto», *Cuadernos de Terapia Familiar*, 1997, 34, II Época, XI, pp. 31-37.

(22) ESPINA BARRIO, J. A., «Terapia Familiar del Alcoholismo», *Familia-Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 1995, 11, pp. 85-91.

(23) BEYEBACH, M., 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.

* José Antonio Espina Barrio, José Luis Cáceres Pereira. Psiquiatras de los Servicios de Salud Mental de Valladolid.

Correspondencia: J. A. Espina Barrio, Hospital Psiquiátrico Doctor Villacián, C/ Orión, 2, 47014 Valladolid. E-Mail: gupi@nexo.es

** Fecha de recepción: 23-I-1998.