

[Mosaico, nº 59, pp 26-35. 2014]

TÍTULO: Estudio de los resultados obtenidos con Terapia Familiar Breve en un centro clínico privado.

AUTORES:

Irene López Ozores, psicóloga, irenelopezozores@gmail.com

José Antonio Muñiz Torrado, psicólogo, mutorrado@mundo-r.com

Gabinete de Psicología KARMA, C/ Loriga 20 entresuelo, Vigo, España.

RESUMEN: Se presentan los resultados obtenidos en la evaluación de una muestra de 150 tratamientos llevados a cabo en un contexto clínico privado con los procedimientos de terapia sistémica breve, y la metodología de Rodríguez-Arias para evaluar resultados. Se evalúan el resultado final y posterior seguimiento. Se concluye que el modelo es eficaz, en términos generales, y que los resultados se obtienen en un período corto de tiempo.

PALABRAS CLAVE: evaluación de resultados, terapia familiar breve, eficacia de la psicoterapia.

1. INTRODUCCIÓN

Hacer un repaso de las publicaciones sobre investigación de resultados en psicoterapia supone encontrar hallazgos diversos y no siempre unánimes (ver, por ejemplo, la revisión de Burgaleta y Rodríguez-Arias, 2003); en la mayoría de las ocasiones, el elemento común parece la confirmación de las sospechas del investigador, que casi siempre se las apaña para arrimar el ascua a la sardina de sus hipótesis. Algunos autores se apoyan en esta diversidad de hallazgos para insistir en la necesidad de seguir evaluando los efectos de la psicoterapia.

En el caso de la Terapia Familiar se añade la escasez de estudios, y puede ser conveniente la acumulación de datos de resultados obtenidos cuando los terapeutas nos adscribimos al modelo sistémico.

Este artículo pretende hacer una aportación en ese sentido; por un lado, se evalúa la eficacia de nuestro trabajo con las personas que lo solicitan, y por otro se analiza si alguna de las variables en estudio está relacionada con el resultado terapéutico. Se presentan

los resultados provenientes de la evaluación de los tratamientos privados realizados por José Antonio Muñiz en el Gabinete de Psicología Karma. Después de un primer estudio de resultados (Muñiz, 2004) con una muestra de los otros tres terapeutas del centro (Celia Cameselle, Juan Daponte y Manuel Lopo), a partir de 2002 se integró la metodología de evaluación de resultados en el propio proceso terapéutico; desde entonces se evalúan todos los casos atendidos por este terapeuta¹.

Los procedimientos terapéuticos son los propios de la terapia sistémica breve, cuyas directrices se describen, entre otras fuentes, en Watzlawick, Weakland y Fisch (1982), Fisch, Weakland y Segal (1984), y De Shazer (1986 y 1987).

La metodología de evaluación, descrita en Rodríguez-Arias, Otero, Venero, Ciordia y Vázquez (2004), es compatible con el trabajo clínico y no supone ninguna traba en su desarrollo.

2. PROCEDIMIENTO

Cuando alguien nos pide una consulta, al acudir a nuestro centro, en la primera visita le explicamos algunas características de nuestra forma de trabajar. A continuación les pedimos que firmen un consentimiento informado donde, además de autorizarnos a comenzar el tratamiento, manifiestan explícitamente si nos autorizan (o no) para que grabemos las sesiones y para realizar un contacto telefónico de seguimiento un tiempo después de finalizar.

El terapeuta cuenta con un equipo (Celia Cameselle, la mayor parte de las ocasiones), que sigue las sesiones en directo y toma notas en un registro de datos clínicos acorde con los registros de investigación. Más adelante, diversas colaboradoras², con

¹ La muestra de 150 casos se compone de tres grupos de 50 cada una. De los dos primeros ya se habían presentado anteriormente los resultados en foros profesionales, el primero en las VIII Jornadas Lusogalaicas de TF, el segundo en los IV Encuentros Galegos de TF. Del tercer grupo aun no se habían publicado. Se han querido unificar los tres grupos para constituir y analizar una muestra más amplia.

² Habitualmente se trata de profesionales que realizan o han realizado formación en Terapia Familiar en el Centro Cambio, del que el Gabinete forma parte, junto con Psicoestudio. En los últimos tiempos han colaborado Ana

formación en Terapia Familiar y conocimiento de la metodología de evaluación, se ocupan de revisar las grabaciones y/o el registro de datos clínicos, de cumplimentar el cuestionario de valoración de resultado (para asignar el resultado final del tratamiento), y de realizar el seguimiento posterior.

Como ya mencionamos arriba, el trabajo clínico combina especialmente los procedimientos propios del MRI y del BFTC; como será bien conocido por los lectores, desde esta perspectiva interesa sobre todo prestar atención a aspectos de relación y ajuste terapéutico, la negociación de objetivos, el análisis de las soluciones intentadas, las excepciones, y los recursos y fortalezas del consultante.

Respecto a la metodología de Rodríguez-Arias diremos, de modo sintético, que la muestra se describe en base a tres grupos de variables (ver abajo). Después se realiza primero una distinción entre los casos que abandonan el tratamiento y quienes lo continúan. Los tratamientos que continúan son calificados, en base al cuestionario de valoración del resultado, como éxitos o fracasos, según cumplan o no una serie de criterios. Dichos criterios combinan aspectos observables y subjetivos (y éstos, de un observador externo y del usuario). Un tiempo después del último contacto terapéutico (un año en caso de abandono, año y medio en los demás) una colaboradora establece contacto telefónico para realizar el cuestionario de seguimiento, en base al cual ahora se califica el caso como éxito, fracaso o recaída³.

3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Los 150 casos que componen la muestra no han pasado ningún tipo de selección; se corresponden al total de casos atendidos entre enero de 2002 y junio de 2011, todos vistos en un contexto privado y por el mismo terapeuta. Tampoco se realiza ningún proceso especial para distribuir los casos que llegan al Gabinete Karma entre los cuatro terapeutas principales; salvo en las ocasiones en

Vanessa Ameneiro, Daniel Novoa, Victoria Peña, Isabel Ponte, Marta Puñal, Bibiana Vieito y Emma Domínguez. A todas ellas nuestro agradecimiento.

³ Rodríguez-Arias también establece una distinción entre los casos finalizados y en tratamiento porque suele publicar los datos por muestras anuales. En nuestro caso no es necesario porque todos los casos están finalizados en el momento de ser calificados.

que el cliente pide ser atendido por un determinado terapeuta, la asignación viene dada por la disponibilidad horaria de quien solicita la consulta y por la agenda del centro.

Quien ejerce como equipo cumplimenta el historial clínico escrito; éste, además de otras no relevantes a fines evaluativos, recoge las variables que Rodríguez-Arias propone. Dichas variables se clasifican en sociodemográficas, clínicas y específicas del modelo, y su distribución de valores se recoge en las Tablas 1, 2 y 3.

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		N = 150
EDAD (media 26,2 años)	Infancia	16,1 %
	Adolescencia	26,8 %
	Juventud	18,8 %
	Adultos	36,2 %
	3ª Edad	2 %
GÉNERO	Varón	50,7 %
	Mujer	49,3 %
RESIDENCIA	Urbana	69,8 %
	Rural	30,2 %
EST. CIVIL	Soltero	73,3 %
	Casado	19,3 %
	Separado	6,7 %
	Viudo	0,7 %
NIVEL EDUCATIVO	Universitario	24,2 %
	Bto/B.U.P.	18,8 %
	E.G.B./E.S.O.	36,7 %
	Lee y escribe	20,3 %
ACT. LABORAL	Tec. Superior-Medio	14,6 %
	Trab. Cualificado	22,2 %
	Trab. No cualificado	6,9 %
	Estudiante	46,5 %
	En paro	5,6 %
	Pensionista	2,8 %
	Trabajo doméstico	1,4 %

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

2. VARIABLES CLÍNICAS

TRATAMIENTO ANTERIOR	Sí	49 %
	No	51 %
MEDICACIÓN (Psicofármacos)	Sí	31,6 %
	No	68,4 %
EEAG	Alto (mayor/ igual a 7)	82,6 %
	Bajo (menor/ igual a 6)	17,4 %
ESTABILIDAD QUEJA	Menos de 6 meses	24,5 %
	De 6 meses a 1 año	23,8 %
	De 1 a 2 años	20,3 %
	Más de 2 años	31,5 %
FORMATO	Individual	36 %
	Familiar	56 %
	Pareja	8 %
DIAGNÓSTICO (Criterios DSM-IV)	Tr. del estado ánimo	12 %
	Tr. de ansiedad	12,7 %
	Tr. adaptativos	10,7 %
	Problemas de relación	50 %
	Otros trastornos	14,6 %

Tabla 2. Variables clínicas.

3. VARIABLES ESPECÍFICAS DEL MODELO		
CAMBIO PRETRATAMIENTO	Sí	28,2 %
	No	71,8 %
OBJETIVOS	Sí	87,3 %
	Observables	38,7 %
	No observables	48,7 %
	No	12,7 %
EXCEPCIONES	Sí	49,7 %
	Deliberadas	40,3 %
	Espontáneas	9,4 %
	No	50,3 %

DENOMINADOR COMÚN	1. Forzar espontaneo	26,4 %
	2. Aplazar lo temido	14,9 %
	3. Simetría	25 %
	4. Sumisión libre	16,9 %
	5. Autodefensa confirma sospechas acusador	8,8 %
	6. Otros.	8,1 %

Tabla 3. Variables específicas del modelo.

4. ANÁLISIS Y RESULTADOS

En primer lugar presentaremos los resultados referidos a los tratamientos y la evaluación en el momento de su terminación, que pueden consultarse en la tabla 4. La tasa de abandonos suele variar entre las diversas muestras que hemos analizado, y respecto a las de otros terapeutas. Nos parece que se mantiene en unos márgenes asumibles. Siempre habrá un porcentaje de clientes a los que nuestros procedimientos no les satisfagan como para volver a una segunda cita; que esto ocurra con uno de cada diez no nos parece excesivo; todavía más si tenemos presente que el abandono no es necesariamente un mal resultado terapéutico, como veremos más adelante, ni la insatisfacción con nuestro trabajo el único motivo para dejarlo.

EVALUACIÓN FINAL DEL TRATAMIENTO		
CONTINUIDAD	Sí	89,3 %
	Abandono	10,7 %
RESULTADO FINAL	Éxito	75,4 %
	Fracaso	20,9 %
	Otros	3,7 %
RESULTADO FINAL SIN "OTROS"	Éxito	77,5 %
	Fracaso	22,5 %

Tabla 4. Resultados al final del tratamiento.

Respecto a las tasas de éxito y fracaso también son similares a las de otros estudios. La categoría *Otros* (3.7%) representa unos pocos

casos que se resuelven en una entrevista y no se han valorado como éxitos ni fracasos⁴.

Debemos mencionar también que en el 4,4 % de los casos se registra un empeoramiento del problema⁵. Aunque están incluidos en la tasa de fracasos, consideramos pertinente indicarlos también por separado, en cuanto que representan un grupo en que la situación consultada no sólo no mejora, sino que empeora. En otras publicaciones (por ejemplo Gurman y Kniskern, 1981) se cifra la tasa de deterioro entre el 2 % y el 10%.

Respecto a la duración media de los tratamientos, tras excluir los abandonos, es de 72 días; en número de sesiones, la media es de 3,84 y la duración de la sesión, por término medio, de 46 minutos.

A la luz de estos datos podríamos concluir que tres de cada cuatro personas, siguiendo un tratamiento de cuatro sesiones a lo largo de dos meses y medio, se benefician de nuestros procedimientos de trabajo. Tomadas de modo global, y comparadas con las cifras de remisión espontánea de Eysenck (1952), estos resultados se consiguen en un período más corto de tiempo.

En segundo lugar presentamos los resultados referidos al momento del seguimiento, que pueden consultarse en la tabla 5.

EVALUACIÓN EN EL SEGUIMIENTO		19 meses
REALIZADOS	Localizados	78,7 %
	Imposibles	21,3 %

⁴ A veces se trata de casos derivados erróneamente a un contexto terapéutico, una consulta puntual de tipo educativo, e incluso alguna petición de valoración psicológica. Inicialmente preferíamos analizarlos separadamente por considerarlas intervenciones de naturaleza diferente. Ahora tendemos a asimilarlos a las categorías de éxito o fracaso, en función de la utilidad que las personas atribuyen a la entrevista. En el último grupo de cincuenta casos ya no se asignó ningún caso a esta categoría. De todas formas, sigue abierta su utilización ante casos imposibles de calificar más adecuadamente de otra forma.

⁵ Pensamos que podría atribuirse más a la propia evolución del proceso en curso que a una responsabilidad directa del trabajo terapéutico. No obstante, esta atribución es tan gratuita como la contraria, y si estamos dispuestos a compartir los éxitos con nuestros clientes, igualmente debemos asumir los fracasos y los empeoramientos. Añadiremos que estos casos habían evolucionado favorablemente en el momento del seguimiento.

LOCALIZADOS POR CATEGORÍAS	Éxito	83,2 %
	Fracaso	71,4 %
	Abandono	68,8 %
RESULTADOS	Éxito	78,9 %
	Fracaso	13,2 %
	Recaída	7,9 %
EFEECTO IRRADIACIÓN		67,5 %

Tabla 5. Resultados en el momento del seguimiento.

Tras un intervalo medio de 19 meses se ha podido establecer contacto con el 78,7 % de los clientes, porcentaje que consideramos aceptable. En la tabla se presenta también el porcentaje de casos localizados según la categoría de resultado final. Añadiremos que una alta proporción de fracasos (71,4 %) y abandonos (63,6 %) pasan a la categoría de éxito en el seguimiento. Este porcentaje puede estar relacionado, en parte, con el resultado de otros tratamientos, con la remisión espontánea, y con la utilidad de esa única sesión: el 21,6 % de las personas localizadas han consultado el problema con otro especialista, y el 18,7 % de las personas que abandonaron el tratamiento, preguntadas por el motivo de no haber acudido a una segunda consulta, dijeron no haberlo necesitado por resolver la queja en ese único contacto. En otras muestras evaluadas por nosotros la proporción de clientes que indican como suficiente esa primera cita es todavía mayor (Muñiz, 2004). En la misma línea se halla un estudio de Presley citado por Navarro (1991), donde informaron de mejoría el 72 % de los abandonos, y casi el 50 % la atribuyeron a la terapia.

Por último, a continuación exponemos los resultados del análisis para buscar relaciones entre las variables estudiadas:

A)- Respecto a las comparaciones entre el grupo de los que abandonan el tratamiento y los que continúan, no hay diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas en la muestra.

B)- Cuando se comparan los grupos de éxito y fracaso, no se encuentran diferencias respecto a ninguna variable sociodemográfica ni en las específicas del modelo. En cambio, se encuentra una relación entre el tratamiento anterior, la estabilidad de la queja y la probabilidad de fracaso, de modo que ésta se incrementa con la existencia de tratamientos anteriores y una mayor estabilidad de la queja. También se halla una relación entre la categoría de éxito y mejoría tras la primera sesión, de modo que

cuando se observa esta mejoría se incrementa la probabilidad de éxito. En cambio, y a diferencia de otras muestras, no se encuentra relación entre la existencia de cambio pretratamiento y la probabilidad de éxito, ni entre el uso de medicación y la probabilidad de fracaso.

C)- Respecto a la duración de los tratamientos, ésta es mayor en los casos de fracaso (tres meses más, por término medio), igual que la duración media de las sesiones (5 minutos más en los fracasos, por término medio).

5. REFLEXIONES FINALES

Este estudio de resultados, junto a otros ya publicados, concluye que la terapia sistémica breve es eficaz para ayudar a las personas a cambiar las situaciones que les traen a nuestras consultas. La metodología no nos permite establecer una relación causa-efecto entre el empleo del modelo y el resultado terapéutico observado, pero tomados en conjunto los diversos estudios van acumulando evidencias a favor. Tenemos la convicción de que, en el cómputo global del cambio, el peso específico del modelo terapéutico y los procedimientos técnicos asociados es bajo, y que una investigación fructífera debe volver la vista a variables más prometedoras (ver, por ejemplo, Duncan, Miller y Sparks, 2004; o Rodríguez Morejón, 2014). Por otra parte, se trata de un aspecto que conviene no perder de vista, en cuanto que forma parte inseparable de la parafernalia de cualquier clínico (Frank, 1977).

Como ya comentamos en otra ocasión, a las razones éticas y prácticas para realizar investigación de resultados se unen ahora otras de tipo político. Remedando las prácticas de la profesión médica, hay interés en destacar sobre los demás a los tratamientos altamente protocolizados y empíricamente validados. En Estados Unidos se sugieren y se financian unos tratamientos u otros en función de criterios opinables pretendidamente indiscutibles. En España el eco aparece en forma de guías de tratamientos empíricamente validados donde el filtro parece superado únicamente por los modelos cognitivos y conductuales, en sus múltiples combinaciones. El sello de “científicamente comprobado”, como determinadas marcas de yogur, puede intentar utilizarse para vender más envases a costa de un público debidamente (des)informado.

Para los clínicos, y a pesar de la voz discordante de algunos (Rodríguez Morejón, 2004) el riesgo de imposición de criterios por parte de una representación parcial de la profesión puede suponer restricciones en la práctica de la psicoterapia. Éste debería ser un revulsivo que nos incomode y nos anime a realizar todo tipo de estudios que permitan caracterizar al modelo sistémico como una herramienta que los profesionales puedan seguir eligiendo, cuando así lo decidan, para desempeñar su trabajo.

REFERENCIAS

- Burgaleta, R. y Rodríguez-Arias, J.L.** (2003). Evidencias y controversias de la psicoterapia. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 53, 15-34.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A.** (2004). *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy* (edición revisada). San Francisco: Jossey-Bass.
- Eysenck, H.J** (1952). The effects of Psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L** (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Frank, J.D** (1977). *Salud y persuasión* (edición revisada). Buenos Aires: Troquel.
- Muñiz Torrado, J.A** (2004). Informe sobre una evaluación de resultados del modelo de Terapia Familiar Breve en el ámbito privado. *Papeles del psicólogo*, 25 (87), 29-33.
- Navarro Góngora, J.** (1991). Resultados negativos en terapia familiar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36, 27-33.
- Rodríguez-Arias, J.L; Otero, M; Venero, M; Ciordia, N; y Vázquez, P** (2004). *Estudio de evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve. Papeles del Psicólogo*, 25 (87), 20-28.
- Rodríguez Morejón, A** (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 25 (87), 45-55.
- Rodríguez Morejón, A.** (2014). Los usuarios son los héroes: evidencias empíricas. *Mosaico*, 57, 56-62.
- Shazer, S. de** (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- Shazer, S. de** (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. Buenos Aires: Paidós.

**Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1982). *Cambio*.
Barcelona: Herder.**