

DATOS OBTENIDOS EN LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE UNA MUESTRA CLÍNICA.

Victoria Peña Carreira pcmvictoria@hotmail.com
Bibiana Vieito Martínez bibivieito@yahoo.es
José Antonio Muñiz Torrado mutorrado@mundo-r.com

IV ENCONTROS GALEGOS DE TERAPIA FAMILIAR. Pontevedra, 4 de junio de 2011

1. INTRODUCCIÓN

Presentamos los datos obtenidos en la evaluación de resultados de una muestra clínica proveniente del Gabinete de Psicología Karma. La **muestra** está compuesta por 50 casos, atendidos por José Antonio Muñiz, habitualmente trabajando en equipo con Celia Cameselle. Los casos no han pasado ningún tipo de selección: se han ido incorporando a la muestra de estudio conforme se abrió cada nueva historia clínica, a partir del último de la muestra anterior. Se trata de continuar con la valoración de todos los tratamientos llevados a cabo; el proyecto consiste en incluir la evaluación de resultados como elemento integrante del proceso terapéutico, y se está continuando con la evaluación de tratamientos posteriores. Cada historia consta de las notas tomadas por Celia y la grabación en DVD, cuando es autorizado –casi siempre– por las personas que siguen el tratamiento.

La **metodología** de investigación de resultados está descrita en Rodríguez-Arias, Aparicio, Fontecilla, González, Ramos y Rueda (1997) y más recientemente en Rodríguez-Arias, Otero, Venero, Ciordia y Vázquez (2004), donde también se presentan estudios de resultados. Victoria Peña y Bibiana Vieito son observadoras entrenadas en la metodología y actuaron como jueces, revisando las historias clínicas grabadas y escritas, y realizando los seguimientos telefónicos. Se realizaron puestas en común con el terapeuta, primero como parte del entrenamiento y después cuando surgían dudas a la hora de calificar alguna variable.

Los **procedimientos terapéuticos** utilizados en los tratamientos 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; De Shazer, 1986 y 1987. Cuando alguien acude a una primera entrevista le explicamos algunas características de nuestro formato terapéutico, y le pedimos que firmen un consentimiento, en el cual pueden autorizar o no la grabación de sesiones y el seguimiento telefónico (autorizado en todos los casos) facilitando así su realización posterior.

Agradecemos muy especialmente la colaboración de Celia Cameselle, que como equipo más habitual de José Antonio, es una integrante inseparable de los tratamientos realizados. También agradecemos a Manuel Lopo y a Juan Daponte, miembros permanentes del equipo del Gabinete, y a José Luis Rodríguez-Arias, por su ayuda continuada en la realización del proyecto.

2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		N = 50
EDAD (media: 28 años)	Infancia	12 %
	Adolescencia	20 %
	Juventud	26 %
	Adultos	40 %
	3ª Edad	2 %
GÉNERO	Varón	58 %
	Mujer	42 %
RESIDENCIA	Urbana	72 %
	Rural	28 %
EST. CIVIL	Soltero	74 %
	Casado	20 %
	Viudo	6 %
NIVEL EDUCATIVO	Universitario	25 %
	Bach. Sup/B.U.P.	17.5 %
	Bach. Elem/E.G.B./E.S.O.	32.5 %
	Lee y escribe	25 %
ACT. LABORAL	Tec. Superior-Medio	20.4 %
	Trab. Cualificado	22.4 %
	Trab. No cualificado	12.2 %
	Estudiante	34.7 %
	En paro	2 %
	Pensionista	6.1 %
	Ama de casa	2 %

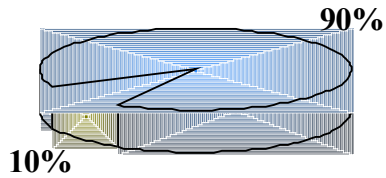
2.2. VARIABLES CLINICAS		
TRATAMIENTO ANTERIOR	Sí	56.5 %
	No	43.5 %
MEDICACIÓN	Sí (Psicofármacos)	46.3 %
	No	53.7 %
EEAG	Leve	86 %
	Moderada	12 %
	Grave	2 %
ESTABILIDAD QUEJA	Menos de 6 meses	15.2 %
	De 6 meses a 1 año	26 %
	De 1 a 2 años	24 %
	Más de 2 años	34.8 %
FORMATO	Familiar	50 %
	Individual	40 %
	Pareja	10 %
DIAGNÓSTICO (Criterios DSM-IV-TR)	Problemas de relación	54 %
	Tr. afectivos	14 %
	Tr. de ansiedad	12 %
	Tr. adaptativos.	6 %
	Otros	14 %

2.3. VARIABLES ESPECÍFICAS DEL MODELO		
CAMBIO PRETRATAMIENTO	Sí	24 %
	No	76 %
OBJETIVOS	Sí	78 %
	Observables	43.6 %
	No observables	56.4 %
	No	22 %
EXCEPCIONES*	Sí	53.1 %
	Deliberadas	42.9 %
	Espontáneas	16.3 %
	No	46.9 %
DENOMINADOR COMÚN	1. Forzar lo espontaneo	24.5 %
	2. Aplazar lo temido	16.3 %
	3. Simetría	26.5 %
	4. Sumisión libre	8.2 %
	5. Autodefensa confirma sospechas acusador	16.3 %
	Varios.	8.2 %

*Excepciones: en algunos casos se informan tanto deliberadas como espontáneas, por eso la suma de ambos porcentajes es superior a 53 %.

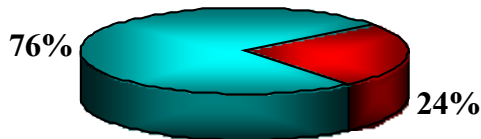
3. RESULTADOS FINALES

■ ABANDONO ■ CONTINUIDAD



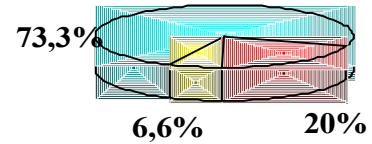
COMPARACIÓN
ÉXITO/FRACASO

■ ÉXITO ■ FRACASO



NO ABANDONO

■ ÉXITO ■ FRACASO ■ OTROS



DURACIÓN MEDIA TRATAMIENTOS

(TRAS EXCLUIR ABANDONOS):

EN N° SESIONES: 3,98

EN DÍAS: 80

DURACIÓN MEDIA DE LA SESIÓN:

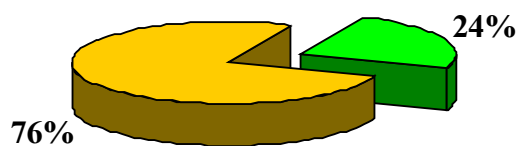
EN MINUTOS: 48

4. RESULTADOS DE LOS SEGUIMIENTOS

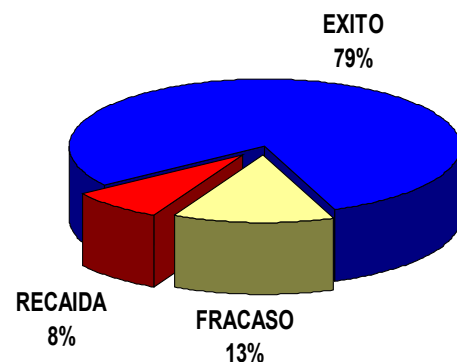
INTERVALO MEDIO DE SEGUIMIENTO: 19 MESES

RESULTADO GENERAL DE LOS SEGUIMIENTOS

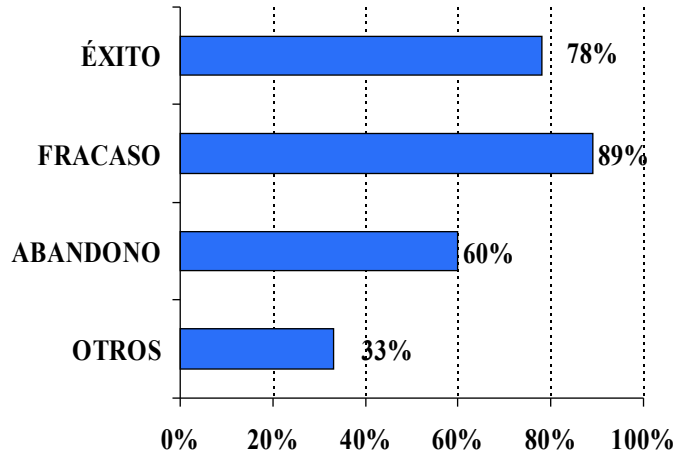
■ LOCALIZADOS ■ IMPOSIBLES



DE LOS SEGUIMIENTOS

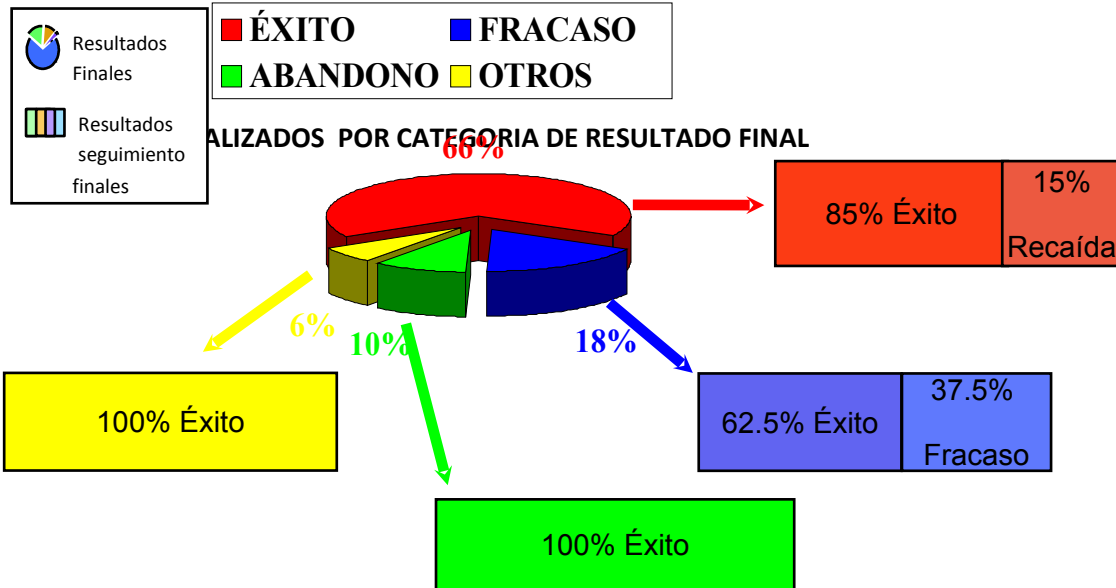


PORCENTAJE DE SEGUIMIENTOS REALIZADOS EN CADA CATEGORÍA DE RESULTADO FINAL



RESULTADOS DE LOS SEGUIMIENTOS ANALIZADOS

POR CATEGORÍA DE RESULTADO FINAL

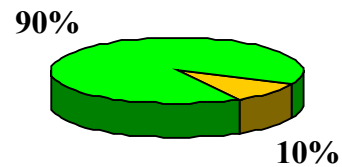
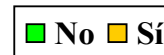
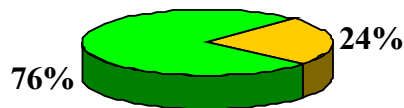
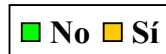


CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO

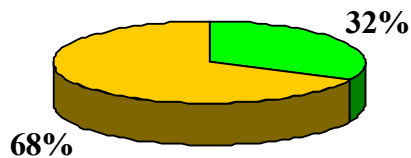
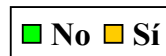
CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS (de 1 a 10): 6.58
(Media de todos los seguimientos)

¿LO TRATADO EN LAS SESIONES TE AYUDÓ A CONSEGUIR TU PROPÓSITO?: 7.4 (pregunta específica para los casos exitosos al final del tratamiento).

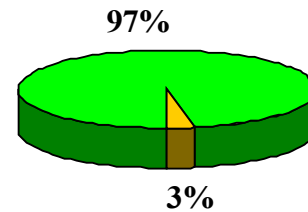
¿Ha consultado con otro especialista nuevos problemas que necesiten tratamiento



Efecto Irradiación



¿Algún familiar ha iniciado tto.?



5. CONCLUSIONES

Los **resultados generales** tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento son similares a otros estudios realizados con la misma metodología y modelo de trabajo.

-No se realizan comparaciones “en tratamiento-finalizado” porque en esta muestra todos los casos están finalizados. El tratamiento temporalmente más largo es de 14 meses, y en número de sesiones es de 11.

-Respecto a la comparación “abandono-continuidad” la tasa de abandono se sitúa en el 10%. Los datos de otras muestras informan de tasas entre el 10 y el 20%.

-La categoría “otros” es una categoría residual que recoge algún caso (3 en esta muestra) donde, sin ser abandonos por no considerar el cliente necesaria una segunda cita, tampoco puede decirse que sean éxitos ni fracasos; generalmente se trata de peticiones de valoración o consultas puntuales, más que tratamientos propiamente dichos. Aunque se podría considerar no incluirlos en la muestra, se incluyeron igualmente por no eliminar ningún caso del estudio.

-La tasa de éxito (73%) también es similar; por otra parte, no es inferior al índice de remisión espontánea que suele tomarse como referencia, publicado por Eysenck en 1952. Por otra parte, los resultados se consiguen en un menor período de tiempo (3 meses, por término medio) que los 2 años en que Eysenck evaluó la remisión espontánea, y con un aceptable número de sesiones (4 por término medio).

-Respecto a los seguimientos, el 76% han sido localizados, estando especialmente representadas las categorías de éxito (78%) y fracaso (89%), lo que nos asegura una buena representación de la muestra. Los resultados se mantienen estables en el tiempo para el 85% de los casos, mientras que el 15% son recaídas; el 68% informan efectos de irradiación. Por otra parte, también pasan a ser éxitos una buena parte de los fracasos.

-Cuando en seguimiento se pregunta por los aspectos más positivos y negativos del tratamiento, las respuestas referidas a lo negativo son más variadas (nada negativo, no haber logrado las metas deseadas, el coste económico...); pero sobre aspectos positivos los clientes responden siempre en relación al buen trato, el respeto, la atención, y otros elementos no específicos de relación terapéutica.

En cuanto al **análisis de variables** de nuevo se repiten dos resultados de estudios anteriores:

-Por un lado se encuentra una relación entre el resultado final y la duración del tratamiento, medido en días: por término medio los tratamientos exitosos tienen una duración menor que los fracasos. Ocurre lo mismo con el número de sesiones, lo cual es diferente a algunas otras muestras.

-Por otra parte, se encuentra relación entre la mejoría en primera sesión y el resultado del tratamiento: el resultado mejora cuando el cliente informa de mejorías tempranas.

6. COMENTARIO FINAL

A pesar de la relación inicial entre la Terapia Familiar y la investigación, y de la opinión expresada, hace tiempo ya, por algunos autores (Haley 1976, por ejemplo) en el sentido de evaluar el resultado de las terapias que realizamos, ésta no es la práctica más habitual. Hay terapeutas de la opinión que la eficacia de la psicoterapia está suficientemente demostrada, otros consideran que su modelo de trabajo ya está validado por otros estudios, y todavía otros piensan que investigar está fuera de su alcance. No obstante, muchos autores han señalado razones diversas que apuntan la necesidad de continuar evaluando, en el campo de la psicoterapia en general, el resultado de los tratamientos. Lo mismo puede decirse de la TF, y aun habiendo quien encuentra motivos para la autocomplacencia, no está de más seguir abordando la cuestión de la eficacia de nuestro trabajo.

La metodología de Rodríguez-Arias no cuenta con datos comparativos con otros tratamientos o con grupos de control, ni aísla variables ajenas al tratamiento; esto impide el establecimiento de una relación incuestionable entre nuestras intervenciones y la evolución de los problemas de las personas. Sin embargo, nos proporciona una serie de ventajas importantes porque permite realizar estudios con poblaciones clínicas y es una metodología fácilmente simultaneable con el trabajo clínico. La acumulación de datos con esta metodología para muestras, contextos y terapeutas distintos permitiría seguir presentando evidencias favorables para esta forma de trabajar.

La acumulación de datos con esta metodología para muestras, contextos y terapeutas distintos permitiría seguir presentando evidencias en favor de nuestros procedimientos de trabajo.

Acompañamos como anexos algunos materiales de Rodríguez-Arias por si interesan a alguien.

REFERENCIAS

- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L: *La táctica del cambio*. Ed Herder. Barcelona, 1984.
- Haley, J: *Terapia para resolver problemas*. Ed Amorrortu. Buenos Aires, 1980 (orig 1976)
- Rodríguez-Arias J. L. Aparicio M., Fontecilla G., González M., Ramos M.M. y Rueda A.: *Metodología para la evaluación de resultados en terapia familiar. XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Badajoz, 1997.
- Rodríguez-Arias, JL; Otero, M; Venero, M; Ciordia, N; y Vázquez, P: *Estudio de evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve*. Papeles del Psicólogo, vol 25, nº 87, pp 20-28. Madrid, 2004.
- Shazer, S. de: *Claves para la solución en terapia breve*. Ed Paidós. Buenos Aires, 1986.
- Shazer, S. de: *Pautas de terapia familiar breve*. Ed Paidós. Buenos Aires, 1987.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R.: *Cambio*. Ed Herder, Barcelona, 1982.

ANEXO 1. CODIFICAR EL RESULTADO FINAL (los 3 anexos se pueden consultar en Rodríguez-Arias, JL; Otero, M; Venero, M; Ciordia, N; y Vázquez, P: *Estudio de evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve*. Papeles del Psicólogo, vol 25, nº 87, pp 20-28. Madrid, 2004)

Para codificar la variable “Resultado Final” se distingue primero entre los casos que “Abandonan” -al final de la primera sesión se concierta una segunda a la que no acuden- y los que “Continúan” el tratamiento. En Terapia Familiar Breve los que acuden a dos sesiones han completado casi la mitad de la media de tratamiento, de manera que si han acudido a dos o más sesiones, no se puede considerar abandono, sino éxito o fracaso según los criterios que más adelante se especifican.

A los casos que no abandonan se le aplica una segunda distinción en el resultado final: los casos que continúan “En tratamiento” -casos abiertos el 31 de diciembre del año siguiente al que ha empezado el tratamiento- y los “Finalizados”. El primer grupo, aunque la intervención psicoterapéutica puede estar resultando beneficiosa desde algún punto de vista, tienden a considerarse como un fracaso en Terapia Familiar Breve, al menos en cuanto a la brevedad de la intervención.

Por último, la tercera distinción en la variable “Resultado Final” se hace entre “Éxito” y “Fracaso”, se aplica únicamente a los casos que no abandonan y que finalizan el tratamiento, y atendiendo a los siguientes indicadores de resultado:

- Informe del Cliente/Familia. Se considera lo que declara el cliente y/o familia en la última sesión.
 1. Informe sobre la queja: 1. “Empeoramiento”, 2. “No-cambio”, 3. “Mejoría”, 4. “Desaparición de la queja” -Indicador 1-.
 2. Habla en pasado. El cliente y/o familia se refiere en tiempos verbales pasados a la queja objeto del tratamiento psicoterapéutico. 1. “Sí”, 2. “No” -Indicador 2-.
- Informe del Observador/Terapeuta. Se considera la valoración que emiten observadores entrenados en el modelo terapéutico que se aplica y que no han participado como terapeutas en las sesiones. La valoración del terapeuta sólo se tiene en cuenta en caso de empate entre observadores o duda y en forma cualitativa.
 1. Informe sobre la queja: 1. “Empeoramiento”, 2. “No-cambio”, 3. “Mejoría”, 4. “Desaparición de la queja” -Indicador 3-.
 2. Informe sobre el proceso: 1. “Empeoramiento”, 2. “No-cambio”, 3. “Mejoría”, 4. “Desaparición de la queja” -Indicador 4-.
- Consecución de los objetivos terapéuticos. Los expresados en términos observables son calificados por los observadores; los que no son observables requieren que el cliente/familia declare explícitamente en la última sesión que han sido conseguidos, para que se consideren como tal. 1. Ninguno, 2. Algunos, 3. Todos -Indicador 5-.

Se consideran éxito los casos con tres o más indicadores de resultado favorables y fracaso los que no cumplen criterios de éxito.

ANEXO 2. VALORACIÓN RESULTADO SEGUIMIENTO.

El “Resultado de Seguimiento” se deriva de los siguientes indicadores de resultado:

1. El cliente considera cumplidos los objetivos terapéuticos (Escala 1 a 10). Se considera indicador de éxito si la puntuación es seis o más.
2. El cliente no ha consultado el problema con ningún especialista.
3. No ha habido ningún otro problema que requiera tratamiento psicológico o psiquiátrico.
4. El cliente describe mejorías tras la finalización de la psicoterapia en áreas no tratadas -Efecto Irradiación-.
5. Nadie del núcleo familiar ha iniciado tratamiento psicológico o psiquiátrico desde la finalización de la psicoterapia.
6. Cuestionario de Salud General: cinco o más items respondidos en la categoría positiva.
7. Preguntas específicas -definidas cuando se cerró el caso- respondidas en sentido positivo.
8. Escala de avance -valoración del cliente sobre el estado actual de la queja-: Se considera indicador de éxito si la puntuación es seis o más.

Cuando un caso tiene cinco indicadores favorables se considera éxito; si tiene solamente tres, se considera fracaso. En caso de empate, se deshace éste en base a criterios cualitativos, tras un debate del equipo terapéutico.

En el momento del seguimiento los casos pueden ser considerados como “Éxito”, “Fracaso” o “Recaída” -casos considerados éxito como resultado final, que cumplen criterios de fracaso en el seguimiento-. De esta manera, los de resultado final “Abandono”, en seguimiento pueden clasificarse como “Éxito” o “Fracaso”; los de “Éxito” en el resultado final, pueden seguir considerándose “Éxito” o bien “Recaída” y los calificados como “Fracaso” al final del tratamiento, pueden seguirse evaluando como tal o, si han resuelto su queja, pasar al grupo de “Éxito”.

Referido al motivo de consulta -Queja-

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Me mantiene preocupado todo el día. | SÍ | NO |
| 2. Me permite realizar mis actividades normales. | SÍ | NO |
| 3. Ha empeorado mis relaciones con otras personas. | SÍ | NO |
| 4. Me obliga a pasar en casa más tiempo del que quisiera. | SÍ | NO |
| 5. Me hace estar irritable. | SÍ | NO |
| 6. Pienso que se trata de una enfermedad grave. | SÍ | NO |
| 7. Me deja dormir. | SÍ | NO |
| 8. Me deja disfrutar de lo que me gusta. | SÍ | NO |

¿Cómo está hoy respecto al asunto que tratamos en la consulta?

En uno de los peores momentos 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente resuelto.

Cuestiones específicas.

- 1.
- 2.
- 3.

Si éxito:

¿Lo tratado en las sesiones te ayudo a conseguir tu propósito? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si abandono:

¿Cuál fue el motivo de que vinieras a una sola consulta? (Investigar con preguntas semicerradas hasta poder categorizar la respuesta). En cualquier caso, especificar.

- No consideró necesario más tratamiento. Resolvió la queja.
- No fue de su agrado el enfoque ofrecido al problema.
- No le resultaron aceptables alguna de las condiciones del tratamiento.
- Optó por otro tratamiento alternativo.
- Cambio de domicilio

Si Fracaso:

¿Qué piensas que se podría haber hecho para haberte ayudado más o mejor?

Si recaída:

¿Qué sucedió, cómo explica la recaída?

¿Qué puede hacer para recuperarse de nuevo?

Para todos los casos:

¿Podrías destacar lo más positivo y lo más negativo de la o las consultas realizadas?