

[Papeles del psicólogo Vol 25, nº 87, pp 29-33. Madrid, 2004]

TÍTULO: Informe sobre una evaluación de resultados del modelo de Terapia Familiar Breve en el ámbito privado.

Report on an outcomes evaluation in private context of Brief Family Therapy model.

AUTOR:

José Antonio Muñiz Torrado.

Psicólogo.

Gabinete de Psicología KARMA.

CORRESPONDENCIA:

Gabinete de Psicología KARMA.

C/ Loriga 20 entresuelo 36203 Vigo (Pontevedra)

TF 986 471439

E-mail: mutorrado@mundo-r.com

RESUMEN

La investigación a que se refiere el presente informe fue realizada por un grupo de 20 personas¹, y presentada en las V Jornadas Lusogalaicas de Terapia Familiar (Muñiz, Hortas, Martínez y Sánchez-Puga, 2001). Se evalúa la eficacia del modelo de trabajo (terapia familiar breve –TFB-) en una muestra de 65 casos utilizando la metodología de evaluación de resultados de Rodríguez-Arias, Aparicio, Fontecilla, González, Ramos y Rueda (1997). Se presentan los resultados finales de tratamiento y el seguimiento posterior. Se concluye que la TFB es eficaz en términos generales y que dichos resultados se obtienen en un corto período de tiempo.

SUMMARY

This report describes the findings of the investigation made by a group of 20 people, and was exposed in the *V Jornadas Lusogalaicas de Terapia Familiar* (Muñiz, Hortas, Martinez and Sanchez-Puga, 2001). The effectiveness of brief family therapy model -BFT- is evaluated in a sample of 65 cases, with the methodology of Rodríguez-Arias, Aparicio, Fontecilla, González, Ramos y Rueda (1997). The final treatment outcomes and the later follow-up appear. One concludes that the BFT is effective in general terms and that these outcomes are obtained in a short period of time.

¹ María Cabaleiro Rodríguez, M^a Carmen Chapela Hermo, Fernando Eguino Miguélez, M^a Carmen Fernández Martínez, Beatriz Fontano González, José Antonio Freire Castro, Dolores González González, Eva Gutiérrez Alonso, Angel Hortas López, Nuria Lestayo Riveiro, Josefina Martínez Sande, Carmen Morell Muñoz, José A. Muñiz Torrado, Luz Pérez Vázquez, Guillermo Romero Terrones, Serafina Salgado Fernández, Emilia Sánchez-Puga Crussat, Paula Velasco Martínez, Carlos Vila García y M^a Luisa Zapatero Camarero.

INTRODUCCIÓN

Cuando comenzamos a realizar actividades de formación, los formandos nos preguntaban con frecuencia acerca de la eficacia de la Terapia Familiar, y nuestra respuesta era citar los resultados de investigaciones que conocíamos. Por diversas razones llegó un momento en que vimos posible investigar nuestros propios casos, y una parte de los formandos (tanto de nuestro centro como del Gabinete Psicoestudio, con quienes compartimos el proyecto de formación) recogieron el reto de colaborar en esta tarea. Así comenzó el proceso que nos llevó a presentar los resultados en las V Jornadas Lusogalaicas de Terapia Familiar. A la vista de la reciente aparición de documentos acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos nos parece oportuno presentar este informe referente al utilizado en nuestro Gabinete.

El **objetivo** de la investigación es, por un lado, evaluar la eficacia de nuestro trabajo con las personas que lo solicitan, y por otro ver si alguna de las variables en estudio está relacionada con el resultado terapéutico. Nuestros procedimientos y técnicas de intervención tienen a la **Terapia Familiar Breve (TFB)** como marco teórico de referencia; los fundamentos epistemológicos, teóricos y técnicos han sido formulados por autores del Mental Research Institute de Palo Alto y del Brief Family Therapy Center de Wilwaukee. Para conocer los modelos de referencia se pueden consultar Watzlawick, Beavin y Jackson (1981), Fisch, Weakland y Segal (1984), y de Shazer (1992), entre otros.

El ámbito de trabajo es el **Gabinete de Psicología Karma**, un centro privado en el que además de ofrecer otros servicios, trabajamos con personas que quieren solucionar problemas en un contexto terapéutico; algunas de las características que tenía nuestro trabajo (y que informábamos a todas las personas que acudían al menos a una cita) eran: trabajo en equipo y utilización de cámara, realización de grabaciones, confidencialidad de la información (no compartida con personas que no asisten a las sesiones), duración (una hora), frecuencia (quincenal) y formato de las entrevistas (con pausa para consultar con el equipo), participación del equipo en las entrevistas, honorarios, tratamientos limitados a un máximo de diez sesiones, etc. Además, se trabajaba con las personas que querían participar, pudiendo invitar a miembros del entorno inmediato del cliente cuya participación considerásemos potencialmente útil.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada en el estudio aparece descrita en Rodríguez-Arias et al. (1997), y a este trabajo remitimos a quien interese un análisis detallado. Respecto a la metodología original se omiten algunas variables que no se registraron o cuyo análisis estadístico no es posible debido al tamaño de la muestra.

SUJETOS

La muestra está seleccionada en base a un criterio temporal arbitrario: está formada por todos los casos (un total de 65) que recibieron tratamiento de psicoterapia en nuestro Gabinete, y que se realizó la primera sesión a lo largo del año 1995. Todos los casos estaban cerrados en el momento de la selección, y fueron atendidos por Celia Cameselle, Juan Daponte y Manuel Lopo (todos, alternativamente, terapeutas conductores o miembros del equipo). La distribución del número de casos es similar para los tres terapeutas (19, 22 y 24, respectivamente). El material utilizado son las sesiones videograbadas de los 65 casos incluidos en la muestra. El análisis y registro de variables se realizó en grupos de dos y tres observadores, independientes del proceso terapéutico.

En cuanto a las **variables sociológicas**, de las personas con las que se realizó al menos una entrevista el 60% son mujeres y el 40% hombres, el 63% solteros y el 31% casados. Su media de edad es de 23 años y el nivel de instrucción es de EGB o similar para el 50%, BUP o similar 35% y el 15% titulados universitarios. Respecto a la actividad laboral destaca el 59% de estudiantes. Para la mayoría (92%) el medio de residencia es urbano.

En cuanto al **formato terapéutico**, el 50.8% fueron atendidos en formato familiar, el 15.4% en pareja y el 33.8% individualmente. Por otra parte, el 30.6% estaba tomando medicación cuando acuden al tratamiento, y el 35.4% habían consultado anteriormente el problema con otros profesionales.

En cuanto a la **queja**, el tiempo medio de evolución es de 18 meses y la gravedad media, según la escala GAD del DSM-III-R, es baja.

Por lo que respecta al **diagnóstico**, las categorías más frecuentes son los trastornos de conducta (24.6%), los trastornos afectivos (21.5%) y los trastornos de ansiedad (12.3%); el resto (41.6%) incluye casos cuya queja se refiere a problemas adaptativos, relacionales, escolares, control de esfínteres, de alimentación, sexuales, consumo de alcohol y drogas y psicosis, todos ellos en un porcentaje inferior al 10% cuando se analizan por separado.

Respecto a las **variables específicas del modelo**, se registran **objetivos** terapéuticos en el 92.3% de casos, de los cuales son observables en el 91.5% de las ocasiones; se explicita **cambio pretratamiento** en el 12.3% de casos, y **excepciones** en el 34.5%, siendo deliberadas en el 52.6% y espontáneas en el 47.4%. El **denominador común** se distribuye así: intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente 19.1%, intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo 19.1%, intento de llegar a un acuerdo mediante oposición 27.7%, intento de lograr sumisión mediante un acto de libre aceptación 25.5%, la autodefensa confirma las sospechas del acusador 2.1%, y otros (varios de los anteriores) 6.4%.

RESULTADOS

CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO Y ABANDONOS

El 20% de los asistentes a una primera sesión no acuden a una segunda entrevista, habiéndola acordado o aceptado. Otros estudios con la misma metodología informan diversos valores (entre 11% y 20%). Por nuestra parte, la consideramos una tasa no despreciable; por eso volvimos a analizar el abandono en las historias abiertas en 2000 y 2001, y en esta ocasión disminuyó al 13%.

RESULTADO FINAL DEL TRATAMIENTO

De las personas que no abandonan el tratamiento el 78.9% cumplen criterios de **éxito**. A falta de un grupo de control para establecer comparaciones, nos remontamos al trabajo de Eysenck (1952) sobre remisión espontánea, que él estima en el 72% al cabo de dos años. La tasa de éxito obtenida en nuestro estudio es moderadamente superior a ésta, resultado que viene a sumarse al de otras investigaciones previas sobre procedimientos similares (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974 para el MRI; de Shazer, 1986 para la Terapia Centrada en Soluciones, entre otros) y es un dato más a favor de la eficacia de la TFB.

Por otra parte, la **duración media del tratamiento** tras excluir abandonos (87 días) es claramente inferior a los dos años en que Eysenck mide la remisión espontánea. Para los clientes -en caso de éxito- significa una ganancia de tiempo a la hora de deshacerse de sus problemas; contando en número y duración de las sesiones (5.1 sesiones de 48 minutos, por término medio) es previsible que el tratamiento interfiera poco en la vida de las personas. Para los profesionales significa contar con procedimientos cuyos resultados apuntan a un buen nivel de eficiencia, y que cumple con el criterio de brevedad que persigue la TFB.

La tasa de **fracasos** corresponde a un 17.3% de personas a las que no hemos sido útiles en sus objetivos. Aun así, la brevedad del tratamiento reporta al cliente la ventaja de desvincularse en poco tiempo, pudiendo beneficiarse de un tratamiento alternativo; por otra parte, únicamente en un 1,5 % se registra empeoramiento del problema, y puede atribuirse más al propio proceso en curso que a una responsabilidad directa del equipo terapéutico. Entendemos este dato como un indicio de la utilidad del modelo para minimizar los efectos iatrogénicos debidos al tratamiento: al menos no perjudicamos a nuestros clientes, más allá de no haber podido serles útiles.

La categoría “**Otros**” (3.8%) corresponde a consultas puntuales que se resuelven en una entrevista y no existe la necesidad de fijar una segunda cita; aunque alguno de ellos podría calificarse como éxito, no se ajustan completamente al criterio metodológico, y preferimos analizarlos separadamente por considerarlas intervenciones de naturaleza diferente.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

El **intervalo medio de seguimiento** (4 años y 5 meses) es excesivo, comparado con los que habitualmente se citan. Presenta la dificultad operativa de contactar con los clientes tras tan largo período, y de relacionar los resultados con un proceso terapéutico diluido entre otros muchos factores que dificultan la valoración de los mismos. La contrapartida es contar con datos sobre la evolución de una muestra tras este período inusual viendo, por ejemplo, si cambia la tasa de recaída.

Finalmente se ha localizado al 69,2% de la muestra, mientras que al 30.8% restante no se ha podido realizar el seguimiento. De los seguimientos realizados el 77.8% son éxitos, el 6.7% fracasos y el 15.6% son recaídas. Analizado por categorías, sólo se ha obtenido el seguimiento del 56% de los casos cuyo resultado final era fracaso: cabe preguntarse en qué proporción variarían éxito y fracaso en seguimiento si se hubiera localizado una proporción más alta de fracasos; es razonable pensar que la tasa de fracasos resultaría incrementada. Respecto a las recaídas, y a pesar del amplio intervalo de seguimiento, esta tasa no parece incrementarse respecto a otros estudios.

Es destacable la elevada proporción de abandonos y fracasos que pasan a éxito en seguimiento (80% para cada categoría); este dato puede estar relacionado en parte con el resultado de otros tratamientos y con la remisión espontánea, pero algunos de los encuestados refirieron que aquella única sesión les había sido útil².

Por otra parte, del total de personas localizadas solamente el 26% ha consultado el problema con otro especialista, y el 70% informan de cambios en otras áreas de su vida sobre las que no había consultado (efecto de irradiación).

² Cuando más adelante realizamos el seguimiento a 18 meses de una muestra de 20 abandonos ((Muñiz, González, Grandal y Sineiro, 2002) encontramos que solamente el 7% consultaron el problema con otro especialista, mientras que el 43% manifiestan haber acudido a una sola consulta por haber solucionado la queja. La conclusión, a la vista de estos seguimientos, es que para una parte de las personas que nos consultan una sola entrevista les resulta suficiente.

ANÁLISIS DE VARIABLES

-El **abandono/continuidad** del tratamiento no se relaciona con ninguna de las variables sociológicas, ni con la gravedad ni el tiempo de evolución de la queja.

-El **resultado final del tratamiento** no se relaciona con ninguna de las variables analizadas³.

-En cambio, sí encontramos que la **duración del tratamiento** está relacionada con la existencia de tratamiento anterior, el uso de medicación, y la gravedad y tiempo de evolución de la queja, de modo que el tratamiento se alarga en estas condiciones.

-La **duración media de la sesión** en los casos de fracaso es, por término medio, 10 minutos más larga que en los casos exitosos. Este dato es curioso porque la duración estaba determinada en una hora, como parte del formato terapéutico, y aun así se aprecia esta diferencia.

CONCLUSIÓN

Los datos de nuestro estudio vienen a sumarse a otros (para una revisión reciente, ver Burgaleta y Rodríguez-Arias, 2003) que en términos generales informan de un nivel de eficacia y eficiencia no inferior al de otros modelos investigados, así como efectos beneficiosos de irradiación y ausencia o minimización de efectos negativos. A pesar de no establecer una relación lineal causa-efecto entre la psicoterapia y los cambios logrados por las personas que acuden a ella, pensamos que sí nos justifican para seguir utilizando los procedimientos y técnicas propias del mismo. A su vez, consideramos también la necesidad de seguir investigando qué y cómo nuestra participación ayuda a promover procesos de cambio con las personas que vienen a nosotros.

REFERENCIAS CITADAS

- Burgaleta, R. y Rodríguez-Arias, J.L. (2003). Evidencias y controversias de la psicoterapia. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 53, 15-34
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.
- Eysenck, H.J (1952). The effects of Psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fisch R., Weakland J. y Segal L. (1984) *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Muñiz J.A., Hortas A., Martínez J. y Sánchez-Puga E (2001). Evaluación de resultados sobre una muestra privada. *V Jornadas Lusogalaicas de Terapia Familiar*. Oporto.

³ En este punto hemos de matizar que la distribución y el tamaño de la muestra ha imposibilitado los análisis estadísticos de algunas de ellas.

Muñiz J.A., González T., Grandal E. y Sineiro M. (2002). Estudio de seguimiento de una muestra de abandonos (póster). *III Congreso de la Asociación Española para la Investigación y Desarrollo de la Terapia Familiar*. La Coruña.

Rodríguez-Arias J.L., Aparicio M., Fontecilla G., González M., Ramos M. y Rueda A. (1997). Metodología de evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve. *XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Badajoz.

Watzlawick P., Beavin J.H. y Jackson D.D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Weakland J., Fisch R., Watzlawick P. y Bodin J. (1974) Brief therapy: focused problem resolution. *Family Process*, vol. 13, 2, 141-168.