



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**EL SEGUIMIENTO DE CASOS EN TERAPIA BREVE DE RESOLUCIÓN
DE PROBLEMAS DEL BRIEF THERAPY CENTER. EL CASO DE LA
CLÍNICA UNIVERSITARIA.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
FERNANDO RODRÍGUEZ ALFARO

JURADO DEL EXAMEN:

DIRECTORA: MTRA. CLARA HAYDEE SOLÍS PONCE
ASESOR: MTRO. PEDRO VARGAS ÁVALOS
ASESOR: ESP. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRON
SINODAL: MTRO. EDUARDO CORTÉS MARTÍNEZ
SINODAL: DR. MARCO CARDOSO GÓMEZ



CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi madre, a quien le debo todo en esta vida, y quien siempre ha sido un ejemplo de perseverancia y esfuerzo. Sin todo su amor, cariño, paciencia y sobretodo su apoyo no podría haber logrado muchas de las metas que me he propuesto, este trabajo es una de ellas.

A mi familia, quienes invariablemente me han brindado un entorno de seguridad, confianza, apoyo y cariño. A mi abuelo que aunque no tuvo la oportunidad de acompañarme físicamente en este viaje su alma siempre me acompaña en el corazón.

Gracias a todos los docentes que me encontré en el camino por transferirme su conocimiento y enseñarme a crecer de manera profesional. Especialmente a la profesora Clara Haydee Solís Ponce que cuando estaba perdido en la carrera me mostró un camino en el pensamiento sistémico, quien me ha enseñado el arte de la Terapia Breve del BTC; y me dedicó su tiempo y su paciencia para supervisarme, formarme y mostrarme cómo ejercerla ética y profesionalmente. Al profesor Pedro Vargas Ávalos quien me compartió horas muy valiosas de conocimiento que me sirvieron para aclarar mi visión respecto al modelo; y quién también me dedicó tiempo al leerme y corregirme en este escrito. A los dos, los aprecio mucho y les estaré eternamente agradecido por darme las herramientas necesarias para dedicarme a la terapia.

A Luz, quién me ayudó a salir de la oscuridad para centrarme en la culminación de este trabajo y se convirtió en una fuente de apoyo en todo este proceso.

*The ocean floor is hidden from your viewing lens
A depth perception languished in the night
All my life I've been sewing the wounds
But the seeds sprout a lachrymal cloud*

Índice

Introducción	7
Capítulo I. Antecedentes Históricos del Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy Center, Resolución de Problemas del Mental Resarch Institute (MRI)	11
Las Conferencias Macy	11
El Equipo Bateson.....	13
Nacimiento del Mental Research Institute (MRI)	16
El Centro de Terapia Breve	19
El Centro de Terapia Breve Latino y El Grupo Palo Alto	20
El cierre del Mental Research Institute	21
Capítulo II. Perspectiva Teórica del Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy Center, Resolución de Problemas del Mental Resarch Institute (MRI)	23
Epistemología Cibernética	24
Teoría General de los Sistemas	26
Constructivismo	28
Teoría de la Comunicación Humana.....	31
La Imposibilidad de no Comunicar	32
Los Niveles de Contenido y Relaciones de la Comunicación	33
LaPuntuación de la Secuencia de Hechos	33
Comunicación Digital y Analógica	34
Interacción Simétrica y Complementaria	35
El Principio: La Teoría de los Grupos y La Teoría de los Tipos Lógicos	36
La Formación de Problemas.....	39
Cuando La Dificultad se Convierte en Problema.....	40
Más de lo Mismo o Cuando el Problema se Mantiene.....	44
Los Intentos de Solución	45
Resolución de Problemas.....	46
Cambio Tipo 1.....	47
Cambio Tipo 2.....	47
Capítulo III. Perspectiva Práctica del Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy Center, Resolución de Problemas del Mental Resarch Institute (MRI)	49
Etapas de la Terapia	50
Primera Etapa: Definición del Problema	50
Segunda Etapa: Intentos de Solución	51
Tercera Etapa: Establecer el Objetivo del Tratamiento.....	52
Cuarta Etapa: Intervenciones	53
Quinta Etapa: Terminación.....	59
Seguimiento	62

Aspectos que se derivan del Modelo de Resolución de Problemas del MRI.....	64
Aspecto No Patológico	65
Aspecto No Normativo	66
Capítulo IV. Aproximaciones de la Investigación en Resultados de Psicoterapia.....	68
Antecedentes Históricos de la Investigación en Psicoterapia	68
Los Factores Comunes	75
Evaluación al Final del Tratamiento	77
Abandono y Seguimiento Terapéutico	78
La Terapia de Única Sesión (One Single Session)	81
La Investigación en Psicoterapia del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas.....	85
La Investigación de la Terapia Centrada en Soluciones.....	89
La Investigación de la Terapia de Única Sesión.....	95
La Investigación de la Psicoterapia Breve del Modelo de Resolución de Problemas en la Actualidad	98
Capítulo V. Metodología.....	104
Justificación.....	104
Planteamiento del Problema	104
Preguntas de Investigación	105
Objetivo General	105
Objetivos Particulares	106
Variables	106
Método	106
Participantes	106
La Clínica Universitaria	108
Tratamiento	109
Instrumento	110
Cuestionario de Seguimiento	110
Tipo de Estudio: Estudios de Resultados Sólo Post-Test	111
Diseño Metodológico	111
Procedimiento.....	112
Materiales.....	113
Análisis.....	113
Capítulo VI. Resultados.....	114
Características Sociodemográficas	114

Resultados a Partir del Seguimiento	117
Capítulo VII. Discusión	125
El Alto Índice de Deserción	128
Limitaciones del Estudio	130
Líneas Futuras de Investigación	130
Referencias	132
Apéndice A	137
Apéndice B	146

Resumen

Con muy poca frecuencia las investigaciones toman en cuenta los resultados de los pacientes que abandonan el tratamiento psicoterapéutico. Se consideran automáticamente como fracasos del tratamiento aquellos que abandonan, sin investigar con ellos si esto representa un mal resultado de la terapia. El objetivo de esta investigación es realizar un seguimiento a los consultantes del proceso terapéutico brindado en una clínica universitaria en el Estado de México para conocer los resultados de su tratamiento desde el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del *Brief Therapy Center* del *Mental Research Institute*. Esta investigación aborda los aspectos conceptuales del modelo, de su aplicación práctica y un resumen de las aproximaciones que la investigación ha tenido de los resultados en psicoterapia. Se aplicó un cuestionario de seguimiento a través de llamadas telefónicas a 194 consultantes de la base de datos del programa, la gran mayoría registrados como abandono del tratamiento. Se utilizó el programa SPSS para procesar y analizar los datos. 142 (73.2%) pacientes de una muestra de $n = 191$ reportaron que el problema por el que buscaron tratamiento psicológico mejoró, 30 (15.5%) pacientes reportaron que su problema no tuvo cambios; y finalmente 19 (9.8%) pacientes reportaron que el problema empeoró. Estos resultados son consistentes con otras investigaciones de resultados de Terapia Breve. Con esta investigación se busca hacer énfasis en la importancia de realizar seguimientos a los consultantes sin importar la condición en que interrumpe el tratamiento psicológico, es decir, si completan el tratamiento o si lo abandonan.

Palabras clave: Seguimiento, Abandono, Deserción, Terapia Breve de Resolución de Problemas, Mental Research Institute, Brief Therapy Center.

Introducción

En el mundo, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico o cultura. De acuerdo con la constitución de la Organización Mundial de la Salud (2018), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Dicho esto, la OMS (2018) refiere que la “salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”. En este sentido, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

Analizando esta definición, la salud mental es, por tanto, un componente integral y esencial de la salud que va más allá de la ausencia de trastornos y discapacidades mentales. Por lo tanto, la salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida (OMS, 2018).

En México, la Secretaría de Salud (2013) también considera la salud mental y menciona que la atención de la misma es necesaria para incrementar las habilidades de vida de la población y mejorar su calidad de vida. Asimismo, en una investigación del Servicio de Investigación y Análisis de la División de Política Social de México, Sandoval (2018), prioriza la salud como una necesidad básica del ser humano para que pueda desarrollarse y tener una buena calidad de vida.

Entendiendo así, que la salud no es por sí sola un estado de salud física adecuado sino también un estado de mental adecuado y que no solo se requiere de una salud física adecuada para hacer frente a la vida.

Según la OMS (2018) la prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países. Se calcula además, que más de 300 millones de personas padecen depresión, 60 millones sufren trastorno bipolar, casi 23 millones de personas son afectadas por la esquizofrenia y aproximadamente 50 millones de personas padecen demencia. Encima, casi un millón de personas se suicidan al año, lo que representa más muertes que las producidas por las guerras y los desastres naturales. La depresión, los problemas asociados al consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar están entre las seis causas principales de discapacidad, con una tendencia al alza.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003), en México, señala que el 28% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) alguna vez en su vida. Los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%), los trastornos individuales más comunes son las fobias específicas (7.1%) seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia la alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%).

De acuerdo con la misma Secretaría de Salud (2013), en un reporte más actual, uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero sólo uno de cada cinco de los que lo padecen, recibe tratamiento. Encima, el tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección. De acuerdo con otros estudios, el 24.7% de los adolescentes mexicanos se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, siendo los más recurrentes los trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intento suicida.

Con base en estas evidencias, es evidente que ha habido un incremento de los trastornos mentales en todo el mundo. México no ha sido la excepción, como señalan Vargas y Villamil (2016), se ha observado un aumento de los trastornos mentales en la población y con ello un importante incremento en la demanda de atención de los mismos. Atención que desborda los recursos tanto del nivel primario como del especializado y que dichas situación repercute en una disminución de la calidad de atención que se presta (Fernández et al., 2010). Por esto mismo, Solís y Vargas (2015) señalan que es importante tener servicios acorde a esta situación, algo que ofrezca una respuesta efectiva y eficiente a las demandas de atención de salud mental.

Hemos hablado ya de la salud mental, de esta alza actual de los trastornos mentales y de la prevalencia de los mismos, tenemos cifras y cifras en cientos de investigaciones de los trastornos que afectan a la salud mental, pero entonces surge la pregunta: ¿qué ocurre con los pacientes? En muchas de estas investigaciones y reportes, que se enfocan en evaluar un modelo eficiente y eficaz para la trata de los trastornos mentales, se evalúa precisamente el tratamiento, pero pocas veces tenemos información precisa del seguimiento del mismo tratamiento, el tipo de pacientes atendidos, sus demandas o el tipo de atención psicológica recibida (problemas, características, resultados, etc.) (Labrador et al., 2010). ¿Qué ocurre con estos pacientes que reciben tratamiento psicológico? ¿Se “curan”, empeoran o se mantienen igual que al principio del tratamiento?

Ciertamente algunas investigaciones, al menos en México, no nos ofrecen datos que nos expliquen qué tanto estos tratamientos funcionan a lo largo del tiempo, si los pacientes sufren recaídas de las enfermedades que padecen, si acuden a otro servicio de salud porque el tratamiento no funcionó como debía haber funcionado, si abandonaron su tratamiento porque no se resolvió su problema, porque no se “curaron” del todo, porque debido a cuestiones económicas no pudieron continuar con su tratamiento, porque el tratamiento funcionó y decidieron abandonarlo porque no les hacía más falta continuar con el mismo, o incluso, si el tratamiento funcionó y simplemente lo abandonaron sin avisar al terapeuta.

En cualquiera de estas situaciones es entendible que los hallazgos no sean tan minuciosos, pues evaluar un tratamiento desde el comienzo hasta su término, en condiciones ideales en los que los pacientes finalicen el mismo, es complejo. Además de ello, llevar a cabo el seguimiento de los tratamientos, una vez finalizado el proceso terapéutico, es, desde luego, algo todavía más complejo, pues requiere de un esfuerzo mayor por parte del profesional de la salud; pues esto indica volver a ponerse en contacto con el paciente, concretar una cita y evaluar qué ha ocurrido con su problema después de algunos meses de haber concluido el tratamiento. Todo este proceso es algo que muchas veces no es costoso, precisamente por falta de recursos de las instituciones, por falta de tiempo de las mismas o por falta de personal.

Lo que es indispensable señalar, es que en los múltiples tratamientos psicológicos existe un alto porcentaje de abandono o deserción del tratamiento. En una investigación en una clínica de psicología española, el porcentaje de abandono es del 19.47% (Labrador et al., 2010). De acuerdo con Velázquez et al., (2000), existe una gran variedad de factores que llevan al paciente a que renuncie a su proceso terapéutico, tales como ingreso familiar, actitudes negativas del paciente hacia el tratamiento, edad avanzada, baja escolaridad, tratamientos previos de corta duración, no observar mejoría a corto plazo, etc.

En un estudio llevado a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría en México, en 1993, el porcentaje de deserción del tratamiento se estimó en un 19.4%, para 1994 subió a un 39.5% (Velázquez et al., 2000). Estas cifras hacen que como profesionales de la salud nos demos cuenta de que existe un problema conjunto a los tratamientos, por el cual los pacientes lo abandonan.

Durante mi estancia en el Servicio Social: Atención Psicológica Clínica Universitaria para el público en general, impartido en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas, por la maestra en psicología Clara Haydee Solís Pince, se fomentó un colosal interés por el modelo

de Terapia Breve del Brief Therapy Center: Resolución de Problemas del Mental Research Institute, y con ello un interés de la misma magnitud, por el pensamiento y la epistemología sistémica.

A raíz de la numerosa cantidad de pacientes vista durante los semestres en los que el servicio entra en funcionamiento, se genera la duda alrededor de la alta y evidente deserción de muchos de los pacientes. Debido a la alta demanda del servicio psicológico y los pocos espacios con los que se cuenta para la atención de los usuarios, se ha dejado de lado la realización del seguimiento de cada uno de los pacientes y surgen así las interrogantes de porqué muchos de los pacientes abandonan sus tratamientos (si consultarnos les ayudó, si el problema empeoró o si no fuimos para nada de utilidad, o si el problema se mantuvo igual que como llegaron) y si los pacientes dados de alta resolvieron la problemática por la cual acudieron al servicio.

La finalidad de esta investigación es entonces realizar un seguimiento y ofrecer una respuesta acerca de lo ocurrido con los pacientes que abandonaron el tratamiento, que en este caso es un porcentaje mayor al de los pacientes dados de alta. Buscaremos entonces, si el paciente resolvió su problema (lo cual será considerado como éxito) o no resolvió su problema (considerado como fracaso), una vez finalizado el tratamiento psicológico. Se presenta así una amplia base de datos, de pacientes vistos en este Servicio Social en un periodo de cinco años, del año 2012 al año 2017.

Capítulo I. Antecedentes Históricos del Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy Center, Resolución de Problemas del Mental Resarch Institute (MRI)

Hablar de la Terapia Breve implica encontrar un espacio para hablar de aquellos a quienes les debemos esta herencia y quienes sientan las bases de la psicoterapia familiar, tanto las bases teóricas como las bases prácticas.

Las Conferencias Macy

Lo que hoy conocemos como terapia familiar sistémica tiene su origen en el año 1942, donde un encuentro multidisciplinario organizado por la Fundación Josiah Macy Jr. reúne a varios académicos, al matemático Norbert Wiener, el neurofisiólogo Arturo Rosenblueth, el ingeniero Julian Bigelow, los matemáticos John von Neumann y Walter Pitts, el neurofisiólogo Warren McCulloch, el psicólogo Laurence Franck, el psicoanalista Laurence Kubie, además de los antropólogos Gregory Bateson y Margaret Mead (Wittezaele y García, 1994).

Bajo la iniciativa del neurólogo Warren McCulloch, el objetivo de estas conferencias era el de crear los cimientos de una ciencia general del funcionamiento de la mente humana, que sería el origen del pensamiento y movimiento cibernético (Thomas y De Gracia, 2008). La idea de combinar los nuevos descubrimientos de las matemáticas, la ingeniería y la fisiología con teorías propias de áreas tradicionalmente consideradas humanistas es formulada por los antropólogos: Gregory Bateson y Margaret Mead (Bertrando y Toffanetti, 2004). Es así cuando el 11 de Mayo de 1942, en Nueva York, se realiza la primera conferencia de la fundación, la cual llevaba por nombre "Inhibición Cerebral" (Vargas, 2004).

Como producto de estas reuniones, en 1943, el Journal Philosophy of Science publica un artículo escrito por Weiner, Rosenblueth y Bigelow, "Behavior, purpose and teleology" (Comportamiento, objetivo y teleología), artículo donde se propone examinar el comportamiento observable, las reacciones o los outputs (los productos de salida de los datos) en relación con los inputs (las entradas de los datos), sin analizar las características internas o lo que hay en medio de ellos. Además otro concepto expuesto es el de feedback, donde los autores afirman que es la explicación de todo comportamiento intencional (Wittezaele y García, 1994). Para este momento las ideas de Bateson, como antropólogo, de concebir la relación entre la sociedad y el individuo de una forma circular y recíproca ya estaban establecidas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Posteriormente, estalla la segunda guerra mundial y se establece una pausa a estas reuniones, que no se reanudarían sino hasta 1946. Para esta segunda conferencia acuden algunos de los invitados a la primera y se abre la reunión a más expertos en diferentes disciplinas como físicos, ingenieros en electrónica, fisiólogos, psicólogos (entre ellos Kurt Lewin), psiquiatras y sociólogos, teniendo como principal objetivo discutir los problemas de comunicación y los mecanismos de causalidad circular (Wittezaele y García, 1994). Sin embargo, de manera formal, esta es la primera conferencia de este grupo que se llamaría “cibernético” y se llamarían “Los Mecanismos de Retroalimentación y los Sistemas de Causalidad Circular en la Biología y las Ciencias Sociales”; este nombre se mantendría para las primeras 5 conferencias y a partir de la sexta, se les denominaría “Transactions” o entre ellos “Cybernetic Meetings” (Vargas, 2004).

Es en esta conferencia donde Weiner habla de máquinas teleológicas y de la retroalimentación negativa, mientras que Rosenblueth se ocuparía de los mecanismos homeostáticos, términos que Gregory Bateson y Margaret Mead propondrían utilizar para la posible explicación de los fenómenos sociales, pues ellos exponían que carecían de principios fundantes científicamente correctos en las ciencias sociales. Es entonces cuando en 1949 se adopta oficialmente el término “cibernética” para denominar la nueva disciplina, término propuesto por Weiner en 1948 (Bertrando y Toffanetti, 2004).

De acuerdo con Weiner (Wittezaele y García, 1994), la cibernética ofrecía un modelo para el estudio de la patología y de la “normalidad” en el comportamiento humano:

Weiner consideraba que, aunque era casi imposible llegar a una aplicación matemática de la cibernética en las ciencias humanas... era totalmente posible aplicarle sus conceptos formales.

Weiner definía a la cibernética como “el estudio del control y de la comunicación en el animal y la máquina”. Posteriormente, Bateson la definiría como “la rama de la matemática que estudia el control, la recursividad y la información” (1979, p. 299, en Bertrando y Toffanetti, 2004).

Gregory Bateson, para 1942, era ya un consolidado antropólogo, famoso por su estudio de las interacciones de la naturaleza y del ser humano. A partir de las conferencias Macy es él quien aporta las bases teóricas más importantes para el desarrollo del modelo de Terapia Breve creado

en el Brief Therapy Center (BTC o Centro de Terapia Breve, por sus siglas en inglés) del Mental Research Institute (MRI o Instituto de Investigación Mental, por sus siglas en inglés), pues es él quien introduce las herramientas teóricas de corte antropológico y de la cibernética en el campo de la psicoterapia, adoptando la perspectiva de una epistemología cibernética (Vargas, 2004). Gracias al análisis que realiza Bateson sobre la comunicación, es en los procesos de interacción del hombre con su entorno, donde comprendemos que el paso de la información es el elemento que determina el comportamiento humano (Vargas, 2007).

El Equipo Bateson

Dentro del paradigma que se va delineando conforme a la época, adquiere gran importancia la investigación sobre la esquizofrenia, la cuál había sido tradicionalmente el punto de referencia de la psiquiatría, la enfermedad más grave, penetrante, totalizadora e inquietante (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En 1948 Jurgen Ruesch, psiquiatra de origen suizo instalado en San Francisco, propone a Bateson unírsele para estudiar la comunicación en psicoterapia, siendo este el primer contacto de Bateson con la psiquiatría. Ambos establecen las bases de un enfoque interaccional de la comunicación humana y dicha colaboración trae a la luz el libro *La comunicación: matriz social de la psiquiatría*, publicado en 1951, libro que para Bateson es una primera aplicación de las ideas desarrolladas, en las conferencias Macy, de la cibernética al campo de las ciencias humanas (Witzezaele y García, 1994).

De acuerdo con Vargas (2004) Bateson había estado trabajando de manera paralela en el Hospital de la Administración de Veteranos de Palo Alto desde 1949 y en 1952 inicia un proyecto de investigación sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma que pueden dar lugar a paradojas, investigación que pondría en marcha en colaboración con John Weakland, ingeniero químico y ex discípulo suyo; con Jay Haley, estudiante de posgrado en artes, y con el psiquiatra William Fry.

Dicho proyecto sería financiado por la Fundación Rockefeller otorgándoles una beca de dos años (Bertrando y Toffanetti, 2004). Entre otras cosas, el equipo analizó el entrenamiento de perros para ciegos, el diálogo entre un ventrílocuo y su marioneta, así como también el tipo de comunicación que empleaba el psiquiatra estadounidense Milton H. Erickson (Vargas, 2004).

Para 1953 el equipo Bateson estaba ya completo y conformado por Gregory Bateson, John Weakland, Jay Haley y William Fry (Witzezaele y García, 1994), mismos que comenzarían a examinar de manera más profunda la práctica en psicoterapia con un interés por el trabajo con pacientes esquizofrénicos y por la comunicación que se daba entre ellos (Vargas, 2007). Sin embargo, en 1954, el ejército llamaría a los médicos y William Fry dejaría el equipo para partir a la Armada Naval y ejercer la función de psiquiatra, no sin antes recomendar a Bateson que se pusiera en contacto con Don Jackson como psiquiatra consultor del equipo. Es en este mismo año cuando Jay Haley y John Weakland comenzarán sus visitas semanales a Phoenix, dentro de su investigación sobre las paradojas en la comunicación (Witzezaele y García, 1994).

Para los años de las conferencias Macy, Erickson se hallaba en la fase culminante de su carrera como hipnotizador y psicoterapeuta, pero sobre todo era famoso por su forma tan particular de hacer terapia, que se basaba en estrategias inusitadas y opuestas a los procedimientos psicoterapéuticos clásicos, de los que se diferenciaba no sólo por su originalidad operativa, sino también por sus eficientes resultados (Zeig, 1985, en Vargas, 2004).

Los encuentros con Erickson no tienen como únicas consecuencias llevar a Haley y Weakland a describir la interacción y el procedimiento hipnóticos a partir de la teoría de la comunicación. Ambos, en sus conversaciones con Erickson, descubren que, aunque el análisis del trabajo de este último concuerda bien con la teoría, ésta no le sirve de modelo de reflexión para provocar los cambios terapéuticos; las intervenciones de Erickson parecen “mágicas” y a contracorriente de las ideas tradicionales sobre el tema (Witzezaele y García, 1994).

Donald De Ávila Jackson, era para 1954 el terapeuta clave que el equipo necesitaba, pues además de ser psiquiatra por la Universidad de Stanford, había tenido un entrenamiento como psicoanalista. En Enero de 1954, Jackson es invitado a una de las conferencias organizadas por Frieda Fromm-Reichmann en el Veteran Administration Hospital de Palo Alto, donde el equipo Bateson estaba establecido. Allí presenta el artículo: La cuestión de la homeostasis familiar, donde explica que la familia es una unidad y que las interacciones entre sus miembros tienden a mantener cierta constancia relacional de tipo homeostático (Witzezaele y García, 1994). Es aquí donde Jackson describe a la familia como un sistema cibernético gobernado por reglas, que busca la estabilidad a través de circuitos de retroalimentación (feedback) reactivados por errores; y donde

propone hablar de un síntoma como si actuara homeostáticamente para conservar el equilibrio familiar (Vargas, 2004).

Bateson se interesó mucho por este artículo y tras la salida de Fry no había nadie en el equipo que poseyera los conocimientos necesarios para su estudio de la comunicación entre los esquizofrénicos y sus familias, por lo tanto Bateson le propone a Jackson unírsele en un primer tiempo como consultor, posteriormente como miembro del equipo de investigación, aportando así la credibilidad clínica al equipo (Witzezaele y García, 1994).

Finalmente, en 1956, y gracias a las gestiones de Jackson, el equipo publica su artículo Hacia una teoría de la esquizofrenia, donde se afirmaba por primera vez, que la esquizofrenia podría ser considerada como un fenómeno comunicativo y que era el producto de las relaciones familiares. Las proposiciones establecidas en este artículo permitieron pasar de una explicación psiquiátrica tradicional, a una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal o al contexto: “la enfermedad mental” empezó a considerarse dentro de patrones específicos de interacción (Vargas, 2007).

Luego de la aparición del artículo, Haley y Weakland continuaron sus visitas a Erickson. Los dos utilizaron su nuevo marco teórico para describir tanto la interacción hipnotizador-sujeto como los cambios provocados por los trances terapéuticos. En 1959, Erickson, Haley y Weakland publican un artículo en colaboración en el que presentan la transcripción palabra por palabra de una sesión de hipnosis que había sido registrada; referente a la inducción del trance en una mujer (Witzezaele y García, 1994). Artículo que da luz a la idea de cómo la teoría de la comunicación y los procedimientos hipnóticos se entrelazan. De aquí comienza a nacer el diálogo sobre el proceso del cambio y cómo provocarlo. De esta forma la influencia de Erickson sobre la historia del modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas que hoy en día practica el Brief Therapy Center se vuelve determinante (Schlanger et al., 2014).

Jackson prosigue su enfoque de la familia en la línea de las reflexiones del “Equipo Bateson”. Ha asimilado los principios cibernéticos y sobre esta base decide establecer unos fundamentos científicos sólidos para una psicología interaccional, insistirá sobre la importancia de las reglas de intercambio que se instauran en las relaciones interpersonales y hablará también de reglas con un nivel de abstracción superior a las que rigen las interacciones familiares

homeostáticas (Witzeaele y García, 1994). Para él, ya no era posible contentarse con especulaciones sobre la estructura profunda de la personalidad, con hipótesis sobre las motivaciones o con la reconstrucción histórica hipotética de las causas del comportamiento individual. El sistema familiar debía ser observado de manera concreta, en las acciones y reacciones de cada miembro de la familia con respecto a los otros.

Don Jackson, utilizando los conceptos cibernéticos derivados del trabajo en el proyecto Bateson, comienza a desarrollar lo que hoy conocemos como psicología interaccional (Schlanger et al., 2014). Después de haber intentado durante cierto tiempo clasificar las familias, Jackson se dio cuenta de que era inútil volver a caer en el esquema psicopatológico tradicional. No resultaba de ninguna utilidad volver al debate sobre la normalidad y trasladarlo a un debate sobre las familias “normales” y “patológicas” (Witzeaele y García, 1994).

Finalmente, de 1953 a 1962, el equipo publicaría 63 artículos, donde Bateson escribiría los más teóricos y Jackson los centrados en aspectos clínicos de las familias (Bertrando y Toffanetti, 2004). De estos artículos solamente dos están a nombre del grupo entero, el primero de todos, *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, y el último, *Una nota sobre el doble vínculo*, artículo que deriva en una serie de conclusiones, las cuales, precisan las bases de un enfoque interaccional jerarquizando del comportamiento humano, modelo que continuará siendo el substrato teórico de la escuela de Palo Alto (Witzeaele y García, 1994).

Nacimiento del Mental Research Institute (MRI)

Jackson animado por el enorme éxito del artículo sobre el doble vínculo, deseaba tener su propio instituto de investigación al mismo tiempo que deseaba desarrollar al máximo la parte terapéutica del nuevo enfoque (Witzeaele y García, 1994). Don Jackson fundó el Mental Research Institute (MRI) en 1958 con el propósito explícito de continuar la investigación pionera comenzada por Bateson y su equipo, en lo que desde entonces se ha dado a conocer como el “Grupo de Palo Alto”. El proyecto inicia con Don Jackson como director, el psiquiatra Jules Riskin y la trabajadora social Virginia Satir, fundando el centro “en papel”, en lo que a documentos legales se refiere, en 1958, pero abriendo oficialmente sus puertas y empezando operaciones en marzo de 1959 (Witzeaele y García, 1994). Weakland, Haley y Fry se integrarían alrededor de 1962, una vez finalizado el proyecto Bateson (Ray y Watzlawick, 2006).

El propósito del MRI era encontrar un vínculo entre las teorías de Bateson y la práctica de la terapia familiar (Schlanger, Cinella, Díaz y González, 2014). Vargas (2007) menciona que Jackson trabajó de 1959 a 1962 de manera paralela en el MRI y en el proyecto de Bateson y mientras tanto se dio tiempo para conjuntar al grupo de investigadores que habrían dado fama al instituto, contratando en 1960 al filósofo Paul Watzlawick y un año antes en 1959, se integraría el psiquiatra Richard Fisch a invitación de Virginia Satir.

Jay Haley recordaba hacia 1993 (Ray y De Shazer, 1999, en Vargas, 2004) cómo el proyecto Bateson pasó de la comunicación a la terapia y la hipnosis, la psiquiatría y la esquizofrenia. A Bateson realmente no le interesaban ninguno de estos temas. Sin embargo, a partir de que el equipo asumió la idea del doble vínculo, la producción del trabajo escrito se elevó mucho.

De acuerdo con Wittezaele y García (1994) durante el proyecto, la preocupación de Bateson siempre fue obtener unos principios de comunicación que fuesen tan generales que pudiesen explicar los procesos que actúan en todo el mundo animal. Ya con la creación del MRI ambos grupos seguirían frecuentándose en reuniones o encuentros informales hasta la primavera de 1963, fecha de la partida de Bateson a las islas Vírgenes debido a una proposición de John Lilly para estudiar a los delfines en su laboratorio. Esta partida es en resumidas cuentas bastante lógica, porque la orientación terapéutica, cada vez más marcada, de las investigaciones de Palo Alto encajaba mal con la búsqueda mucho más amplia de Bateson.

El trabajo de Jackson permite desarrollar una serie de preceptos técnicos para la conducción de una sesión. Se establece el uso del espejo unidireccional y del trabajo en equipo en el curso de las sesiones. Para Jackson, el síntoma del paciente reviste en el sistema familiar, una función vital en cuanto al equilibrio de las relaciones entre los miembros: la persona que presenta síntomas tiene por “función” la asunción de los problemas; su presencia permite además a los otros familiares no exhibir dificultades evidentes, por lo tanto, es inútil centrarse en el individuo sintomático y no tomar en consideración a los demás. El trabajo terapéutico primordial será tratar de entender en qué contexto podría adquirir el comportamiento desviado un sentido razonable para el observador externo (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Bateson se había marchado, pero los miembros del equipo del MRI, en particular Paul Watzlawick, continuarían las investigaciones sobre la comunicación. En 1964, Watzlawick publica

una antología de la comunicación humana, en ella, sienta las bases de una pragmática de la comunicación, es decir sus efectos sobre el comportamiento (Wittezaele y García, 1994).

Según Bertrando y Toffanetti (2004) gracias al creciente interés por la terapia familiar, el MRI recibe una serie de subvenciones. Es la primera vez que se crea un centro no sólo para investigar sobre la terapia, sino para formar a una comunidad de clínicos que hagan de ella su profesión.

Watzlawick no sentía interés por el trabajo de formación que llevaba a cabo Virginia Satir, él desarrolla su técnica terapéutica junto a Don Jackson. En aquella época no existía una estructura formal, por lo que Jackson lo nombra “asociado de investigación” y paralelamente comienza a ver pacientes en privado (Wittezaele y García, 1994).

En 1959 se incorpora un nuevo miembro al equipo del MRI, miembro que dará a luz al modelo de intervención del equipo de Palo Alto. Richard Fisch, quien de 1945 a 1946 sirvió como médico en la Marina de Estados Unidos, pasó 1 año estudiando en la Escuela de Antropología de la Universidad de Columbia antes de entrar a la Universidad Médica de Nueva York, donde se graduó en 1954. En 1958 completó una residencia en el sistema de salud de Sheppard Pratt, en el Centro Médico Hospitalario de la Universidad de Brookdale, donde la Teoría Interpersonal de la Conducta de Harry Stack Sullivan seguía siendo central en la enseñanza de la facultad (Ray, 2011). Al poco tiempo, y después de haber mantenido una relación estrecha con los mentores del MRI, decide unírseles y proponer un nuevo proyecto de investigación (Wittezaele y García, 1994).

Es entonces en el año de 1967 cuando aparece la obra maestra, obra que llega a sentar las bases del inicio de la terapia, Teoría de la Comunicación Humana, libro que causa impacto debido a que los autores consiguen presentar bajo una forma accesible las ideas principales de la cibernética, de la teoría de los sistemas aplicada a la situación familiar, y las ideas esbozadas en la obra de Ruesch y Bateson sobre la comunicación interpersonal (Wittezaele y García, 1994). De aquí salen los cinco axiomas de la comunicación humana que se dan por sentados en la terapia familiar en la actualidad (Schlanger et al., 2014).

Acorde con Wittezaele y García (1994), la obra prefigura una nueva ciencia del comportamiento: enunciando una serie de axiomas, al modo de las matemáticas o de la lógica, abre la puerta a la creación de un enfoque formal e integrado del comportamiento apoyándose en la

noción de comunicación. Del estudio de la comunicación deriva la idea de que los comportamientos humanos son comunicacionales, no consecuencias de lo que sucede “dentro” de la persona. De la cibernética proviene la idea de que es necesario estudiar las secuencias de las acciones y no las acciones aisladas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El instituto se encuentra en la vanguardia tecnológica en el campo de la terapia familiar, pues después de haber asimilado del grupo de Bateson el espejo unidireccional, la grabación en audio y la costumbre de filmar las sesiones, pasan a emplear una técnica totalmente novedosa en a inicios de los años setenta: la videograbación (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El Centro de Terapia Breve

Con Teoría de la Comunicación Humana, Watzlawick, Jackson y Beavin, se habían convertido en los padres de la primera teoría terapéutica de orientación sistémica (Bertrando y Toffanetti, 2004). Casi al mismo tiempo, Richard Fisch, John Weakland, Jay Haley y Paul Watzlawick formarían el Brief Therapy Center (BTC) dentro del MRI para investigar y evaluar las formas de hacer más breve la terapia. Estaban especialmente atraídos a las tácticas terapéuticas poco comunes de Erickson, cuya inclinación por dar tareas, involucrar a los pacientes en un diálogo activo (aunque a veces metafórico) y obtener resultados rápidos, contrastante con el paradigma dominante de la psicoterapia a largo plazo (Rohrbaugh y Shoham, 2001).

El equipo está conformado por John Weakland, Paul Watzlawick, Arthur Bodin, un joven psicólogo que trabajaba para Paul Watzlawick y Richard Fisch como director, quienes ocasionalmente invitan a Don Jackson y Jay Haley a trabajar con ellos. El proyecto da comienzo a finales de 1966 (Wittezaele y García, 1994).

Milton H. Erickson estaba directamente relacionado con la terapia familiar y con lo que ocurría en el MRI. Desarrolló estrategias y conceptos de trance e hipnotismo adoptados luego por la Terapia Breve de Resolución de Problemas como parte del lenguaje que usa el terapeuta (Schlanger et al., 2014).

A partir de la influencia de Erickson, los integrantes del instituto marcaron una diferencia entre el modelo explicativo y el proceso de cambio que se supone que el modelo explica: para ellos, se trataba ahora de actuar de modo que el terapeuta fuera eficaz en su papel de agente de cambio, y la teoría era un simple “lenguaje” que favorecía la transmisión de sus conocimientos,

pero no determinaba la eficacia de las intervenciones (Vargas, 2007). El enfoque terapéutico de Palo Alto se diferenciará del enfoque clásico de la terapia familiar, para la que los presupuestos teóricos sobre la estructura familiar son los que definen la problemática a tratar (Witzezaele y García, 1994).

El modo de hacer terapia de Erickson representó para Haley y Weakland un material clínico fundamental. Observaron que el terapeuta, de una manera intuitiva y empírica, había preparado y utilizado estrategias terapéuticas que venían a ser la aplicación directa y antecedente de muchas de las formulaciones teórico-prácticas que el grupo de Bateson había formalizado como modelos (Erickson, Haley y Weakland, 1980).

En 1974, los miembros del equipo de terapia breve del MRI publicaron dos obras: el libro *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992) y el artículo «Brief Therapy: Focused Problem Resolution» (Weakland et al., 1974). Obras que tuvieron un impacto inmediato y espectacular en el campo de la terapia familiar y que llegaron a consolidar las bases teóricas de lo que sería la terapia breve (Cade y O' Hanlon, 1995). Formalizando así una “teoría de la intervención” con el objetivo de cambiar el comportamiento deseado por el paciente.

El Centro de Terapia Breve Latino y El Grupo Palo Alto

En este punto de la historia, después de tantos años epistemológicos, teóricos y prácticos que se conjuntan en este modelo de terapia, surge una nueva visión y al mismo tiempo un alza para el mismo, pues no sólo se llevaría a cabo su aplicación con una población distinta a la ya atendida por sus creadores, sino que también serviría como una catapulta para la internacionalización del modelo.

Para 1990, el MRI es un caleidoscopio de proyectos de investigación, publicaciones, actividades terapéuticas y de programas de formación. Para estos años el MRI ya había realizado 53 proyectos de investigación, publicado 40 libros, más de 400 artículos, además de haber organizado nueve congresos internacionales (Witzezaele y García, 1994).

Karin Schlanger, responsable de los programas de formación y miembro del Centro de Terapia Breve, considera que la mayor evolución del MRI se manifiesta en la aplicación del modelo a unos campos distintos de la psicoterapia, pues la Terapia Breve, Modelo de Resolución

de Problemas, es en cierto modo un “metamodelo” de intervención, aplicable a situaciones más diversas (Wittezaele y García, 1994).

Ejemplo de ello, es la intervención en empresas que John Weakland, Paul Watzlawick y Lucy Gill (Gill, 1999) (consultora de empresas y miembro del CTB) pudieron experimentar, las consultas privadas en los despachos de Fisch Watzlawick y Weakland, además de las consultas privadas con diversos terapeutas dentro del MRI y el trabajo realizado con las familias latinoamericanas por parte del Centro de Terapia Breve (Wittezaele y García, 1994).

En el centro se atendía a personas de habla hispana que llegaban a California a trabajar, estudiar o a buscar asilo político, en su mayoría provenientes de Latinoamérica. Algunos eran inmigrantes de México, personas que han cruzado la frontera en busca de trabajo. Independientemente de las razones por las que estaban en esta área, eran personas que se expresaban más fácilmente en español, especialmente cuando de discutir asuntos o dificultades personales se trataba (Anger-Díaz et al., 2003).

Todo este largo e histórico proyecto lleva a la creación de Grupo Palo Alto, dirigido por la heredera de los maestros. Después de la partida de Richard Fisch en el 2008, Karin Schlangner, discípula de John Weakland, Paul Watzlawick y Richard Fisch, durante más de 20 años, pasa de Directora Asistente a quedar al frente como Directora del Centro de Terapia Breve (Schlangner et al., 2014).

El Grupo Palo Alto es una extensión del Brief Therapy Center del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, creado en el 2012, por Schlangner, con la misión explícita de tomar el trabajo realizado desde 1966 en la cuna de la terapia familiar sistémica y expandirla a una población latina en el norte de California (Schlangner et al., 2014).

El cierre del Mental Research Institute

En septiembre del año 2019, el MRI cierra sus puertas de manera definitiva, la estadía en Palo Alto se vuelve impagable para un centro de investigación sin fines de lucro. Palo Alto es el corazón de Silicon Valley, meca de la tecnología, y esto provoca un proceso de gentrificación (desplazamiento de colonias originales que son absorbidas por grandes compañías inmobiliarias).

Debido a ello el consejo del Mental Research Institute decide cerrar las puertas del instituto e instala una pequeña oficina en Menlo Park donde se dedican a financiar proyectos de investigación en Terapia Familiar. El BTC se mantiene en funciones enseñando y difundiendo el Modelo de Resolución de Problemas por todo el mundo (Schlanger, comunicación personal, 2019).

Capítulo II. Perspectiva Teórica del Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy Center, Resolución de Problemas del Mental Resarch Institute (MRI)

“El problema consiste en algo que *se hace*, no en algo que *se es*”.
Fisch, Weakland y Segal, *táctica del cambio*.

Antes de comenzar a hacer terapia, el terapeuta debe contar con una serie de premisas sobre la misma, que le ayuden a abordar los problemas y que le ayuden a intervenir, debe basarse en teoría, una serie de ideas, que puedan ser aplicadas al tratamiento de los problemas humanos. Fisch, Weakland y Segal (2003) dirían: una “metaidea” de la cual son subsidiarias todas las demás. Es decir, con la teoría, el terapeuta deberá tener una especie de mapa que le indique por dónde moverse durante la terapia y cómo hacerlo.

“Las premisas, esencialmente, son vistas como partes de un mapa construido para guiar al terapeuta durante el curso de la terapia; en consecuencia, deben ser juzgadas sobre la base de su utilidad para ayudar al terapeuta y a su cliente a llegar al destino de la resolución del problema” (Weakland, 1983, p. 2).

Por lo tanto, antes de poder operar es importante que el terapeuta conozca la teoría y las premisas que esta incluye, de esta forma será consciente de las distinciones que deberá trazar, las puntuaciones que deberá crear y las categorías que debe organizar, todo ello en orden de conocer las estrategias, técnicas y tipo de intervenciones que deberá utilizar al abordar un problema. Para abordar un problema, para intervenir, un terapeuta debe basarse en un modelo, sencillo o complejo, pero en cualquier caso, debe ofrecer una serie de directrices que indiquen tanto lo que hay que hacer como lo que no hay que hacer (Fisch y Schlanger, 2002).

En el específico universo de conducta que denominamos psicoterapia, esto significa que las ideas o premisas que defienda una persona con respecto a la naturaleza de los problemas y del tratamiento influirán notablemente en el tipo de datos sobre los cuales se centrará su atención, la clase de personas que tratará, lo que dirá y hará -e igualmente, lo que no dirá ni hará- con el paciente y las demás personas implicadas, y, lo que es más importante, cómo evaluará los resultados de tales acciones. La teoría es un conjunto de ideas u opiniones relativamente generales

que resultarán útiles para integrar elementos particulares de observación y de acción en una forma sistemática y comprensible (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Keeney (1994), menciona que: “para comprender cualquier reino de fenómenos debemos empezar por apreciar cómo fue construido, es decir, qué distinciones están en la base de su creación.” Por lo tanto los párrafos subsecuentes se centrarán en las premisas teóricas que integran al modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del MRI con el fin de dar un acercamiento al mismo, modelo que se utilizó para la construcción no únicamente de esta tesis, sino también para la atención de los pacientes muestra, el seguimiento que se realizó a los mismos y la interpretación de los datos arrojados.

Epistemología Cibernética

Como ya hemos hecho mención, este nuevo enfoque nos guió hacia el abandono de una perspectiva histórica y linear, en favor de una vista cibernética sobre cómo se forman los problemas y cómo pueden ser resueltos, con un enfoque en el “aquí y el ahora” (Weakland, 1983, en Anger-Díaz y Anger, 2011).

Hablar de terapia sistémica y utilizar la palabra epistemología es algo así como una rutina obligada, pues es en este nivel donde se articula la comprensión de la terapia sistémica (Vargas et al., 2009). Bateson, utilizó el término “epistemología” para designar las premisas básicas que subyacen en la acción y la cognición. Por definición, la epistemología procura establecer “de qué manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden” (Bateson, 1979a, pág. 228, en Keeney, 1994). Conocer la epistemología, le permite al terapeuta comprender más cabalmente cómo percibe, piensa y actúa en el curso de la terapia.

Keeney (1994), menciona que la principal función de la epistemología es la creación de una diferencia. Sólo al distinguir una pauta de otra somos capaces de conocer nuestro mundo. Las distinciones establecidas entre terapeuta y cliente, intervención, síntoma, solución y problema, nos permiten discernir el mundo clínico.

Antes de que surgiera la visión cibernética o circular, y como posible resultado del zeitgeist o la epistemología de la era (Watzlawick y Weakland, 1977), se puede decir que gran parte del trabajo realizado en las ciencias del comportamiento (y muchas otras) se dedicó, esencialmente, a

encontrar causas para los efectos observados. Se supone que estas causas están relacionadas linealmente con sus efectos, es decir; el evento B sucede (o sucedió) porque el evento A está sucediendo (o previamente sucedió) (Jackson, 1965). Esta puntuación sugiere entonces, un planteamiento de “causa” y “efecto”, como si un evento ocurriera en una serie lineal en un orden apropiado.



Como ejemplo de esta epistemología lineal se encuentra la teoría psicodinámica, la cual se centra en el paciente individual, en sus estructuras y procesos intrapsíquicos, lo que provoca no atender la conducta provocada por un problema, sino las supuestas cuestiones subyacentes; al mismo tiempo, considera que el presente es, básicamente, resultado del pasado, en términos de cadenas lineales de causa y efecto (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Resultante de la epistemología cibernética, el término feedback o retroalimentación propone que la información sobre el evento B incide en el evento A, que luego afecta a B, etc., en un círculo de eventos que se modifican entre sí (Jackson, 1965).



Estos procesos de retroalimentación son los que darían la estabilidad a la organización descrita en una familia, una pareja o incluso una cultura (Vargas, 2004). Es así como la epistemología sistémica, recursiva, circular o cibernética, nos permite pensar en términos de interrelación, complejidad y contexto (Keeney, 1994).

Pensar en términos cibernéticos dio paso al origen de un enfoque interaccional:

“Nuestro modelo se ha vuelto orientado a la interacción porque creemos que la personalidad individual, el carácter y las desviaciones se transforman por la relación del individuo con sus pares” (Jackson, 1965, p. 1, en Watzlawick y Weakland, 1977).

Dado que los eventos psicológicos rara vez ocurren solo una vez, sino que persisten y se superponen con una complejidad enloquecedora, este modelo circular a menudo es más apropiado que el que abstrae artificialmente tales eventos de la intrincada secuencia de tiempo en la que ocurren (Jackson, 1965, en Watzlawick y Weakland, 1977).

De acuerdo con Ray (1992, en Ray, 2009), gracias a las investigaciones de Bateson, el concepto del doble vínculo proporciona los medios para comprender los matices casi intangibles del comportamiento como comunicación:

“Toda conducta (incluso la conducta sintomática)... es comunicación y, por lo tanto, inseparable de su contexto”.

La atención otorgada a la comunicación y a la interacción dentro de la familia conduce a un énfasis mucho mayor sobre la conducta real, la que tiene lugar de forma observable en el presente, más que en el pasado, en lo interior o en lo inferido. (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

La cibernética nos indica entonces, que debemos ver los sucesos como organizados por un proceso de retroalimentación recursiva (Keeney, 1994).

Esta modificación epistemológica, de la búsqueda de cadenas lineales causa-efecto a un punto de vista cibernético o sistémico, nos lleva a la comprensión y explicación de cualquier segmento determinado de conducta mediante su colocación en un sistema organizado de conducta más amplio y en funcionamiento efectivo que comporta la utilización generalizada de retroalimentación y de refuerzo recíproco (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

De esta manera, la atención se desplazó del individuo en sí al individuo visto como sistema, interactuando con los demás sistemas en el interior de un sistema de relaciones complejo y estructurado (Jackson, 1968 en Wittezaele y García, 1994). Puede decirse que el aporte histórico de la terapia familiar consistió en brindar una manera diferente de prescribir distinciones, estableciendo el límite de un síntoma en torno de la familia (o del sistema) y no del individuo (Keeney, 1994).

Teoría General de los Sistemas

La Teoría General de los Sistemas no se refiere tan sólo a sistemas biológicos, económicos o de ingeniería. A pesar de su diversidad, estas teorías de sistemas particulares tienen tantos conceptos en común que ha surgido una teoría más general, que estructura las similitudes en isomorfismos formales. Uno de los pioneros en este campo, Ludwig von Bertalanffy, describe esta

teoría como “la formulación y derivación de principios que son válidos para los “sistemas” en general” (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Un sistema por definición, de acuerdo con Hall y Fagen (en Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987), es “un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos” en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones “mantienen unido al sistema”. Así mientras que los “objetos” pueden ser seres humanos individuales, los atributos son sus conductas comunicacionales (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Es gracias a esta teoría que podemos pensar al individuo como parte de un sistema, incluso parte de varios sistemas, sean cuales sean. Claramente el primer acercamiento fue el del estudio de la familia, pensando a la familia como una unidad, dentro de la cual existen una serie de individuos que interactúan entre sí; es decir, los cuales, mantienen entre sí diversos mensajes y patrones (todos comunicativos y, por lo tanto, todos vistos como conductas), creando así un sistema de interacción. Dicha analogía puede ser trasladada no sólo al contexto familiar, sino a cualquier contexto en el que un individuo se desarrolle.

Lo importante no es el contenido de la comunicación en sí mismo, sino exactamente el aspecto relacional de la comunicación humana. Así los sistemas interaccionales serán dos o más comunicantes en el proceso, o en el nivel, de definir la naturaleza de su relación (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Si la interacción entre los miembros de un sistema social es vista como la principal formadora y determinante del comportamiento continuo, entonces sigue la alteración del comportamiento de cualquier miembro de un sistema de interacción, lo que lleva a una alteración relacionada en el comportamiento de otros miembros del sistema (Weakland, 1983).

El sistema que se utiliza podría etiquetarse como "teoría de control". En esencia, es la creencia de que todas las personas están implícita o explícitamente intentando constantemente definir la naturaleza de sus relaciones. "Control" en este sentido no significaría nada tan simple como que un individuo le diga explícitamente a otro qué hacer. Se refiere, más bien, al hecho de que cada comunicación puede verse como un informe y un comando, y el comando puede ser de un orden de mensajes más alto que el mensaje explícito (Jackson, 1959).

Constructivismo

Desde los años ochenta, bajo el nombre de “constructivismo” han ido reuniéndose un conjunto de ideas filosóficas, cuyo influjo en psicoterapia ha sido realmente notable. Cuando los conceptos constructivistas se aplicaron al trabajo clínico, determinados planteamientos teóricos se acercaron a la práctica clínica. Los terapeutas se preocuparon por la noción de “realidad”, primero, a través de cuestiones epistemológicas, luego mediante la reflexión sobre las implicaciones clínicas de aquellos planteamientos (Wainstein, 1999, en Nardone y Watzlawick, 1999).

Surgiendo de la Cibernética de segundo orden, el Constructivismo nace como un modelo teórico del saber y de la adquisición de conocimiento. Su planteamiento radical se basa en que la realidad es una construcción individual que se co-construye (en sentido interaccional) entre el sujeto y el medio (Ceberio y Watzlawick, 1998). Como hemos dicho anteriormente, el cambio epistemológico fue muy importante para las premisas de la terapia breve, no sólo hubo un cambio en términos de los sistemas que ahora los terapeutas se encargaban de observar, sino que el cambio también adoptó premisas fuera de los términos “normales” en los que se concebía el conocer de las personas y se enfocaba en cómo las personas se van construyendo, dejando a un lado el prejuicio de cómo debe ser una persona.

El objetivismo tiene como base la aceptación de una realidad que existe objetiva e independientemente de un observador o percibiente. De esta aceptación, numerosas, engañosamente simples y convincentes conclusiones parecen continuar afirmando la existencia de una realidad real; por ejemplo, la meta de la ciencia es el descubrimiento de la forma en que las cosas realmente son, como la búsqueda de la verdad (Ceberio y Watzlawick, 1998).

En el terreno clínico se habla de la adaptación a la realidad de una persona como el baremo para afirmar que goza de salud mental o que está enferma. Las personas “normales” (y especialmente los psicoterapeutas) ven el mundo como realmente es, mientras que los individuos mental o emocionalmente perturbados poseen una visión distorsionada de la realidad (Ceberio y Watzlawick, 1998). Como diría Watzlawick (1992), real es, al fin y al cabo, lo que es denominado real por un número suficientemente grande de hombres. En este sentido extremo, la realidad es una convención interpersonal, precisamente como la utilización de un lenguaje se basa en una

convención tácita, la mayoría de las veces totalmente inconsciente, de que determinados sonidos y signos tengan un determinado significado.

Conforme a Ceberio y Watzlawick (1998), en total oposición al objetivismo, existe otra perspectiva de la realidad (y nuevamente, eso es todo lo que es: otra perspectiva) conforme a que la realidad no está descubierta, sino inventada, construida. Las primeras referencias al constructivismo pueden ser encontradas en los fragmentos pre-socráticos: proposiciones claras e inequívocas, conforme a que de la realidad solamente podemos tener una imagen, una interpretación.

Giambatista Vico (1710, en Ceberio y Watzlawick, 1998), considerado el primer genuino constructivista, planteaba que el ser humano solamente puede conocer una cosa que él mismo crea; así sabemos cuáles son sus componentes, su estructura, y cuáles sus características, que no son patrimonio del objeto, sino distinciones que traza el observador. En el transcurso de su vida, una persona interactúa proporcionando y recibiendo información en forma permanente con su medio, y ya desde su nacimiento, co-construye con otros generando estructuras particulares, a veces compartidas, acerca de la realidad. En esta gesta interactiva, elaborará la constitución de una escala de valores, pautas de intercambio, normas que regularán sus procesos, un sistema de creencias, en síntesis, una historia que delimitará el perímetro de determinados patrones, inherentes a ese sujeto y no a otros.

Este proceso generará la producción de significaciones y atribuciones de sentido que conformarán la selectividad de sus construcciones, que serán a su vez, expresadas a través del lenguaje, como base constructiva y simultáneamente, el lenguaje como el inventor, por así llamarlo, de realidades. Será el lenguaje, entonces, su entrada al mundo, la creación de un universo de significados que pautarán un estilo, moldearán una interacción y producirán situaciones que construirán una realidad (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Cuando hablamos de la realidad, la mayoría de las veces nos imaginamos, sin darnos cuenta, dos cosas diferentes. Ante todo tomamos por verdaderas las propiedades físicas de los objetos: forma, color, estado, etc. Llamamos a esto la realidad de primer orden y sostenemos que las disparidades de opinión en este punto -al menos teóricamente- pueden ser clarificadas objetivamente (Watzlawick, 1992).

Pero al lado de las propiedades meramente físicas de los objetos de nuestra percepción se coloca luego otro aspecto de la realidad, a saber, el sentido, el significado y el valor que atribuimos a estos objetos. Este universo de los significados atribuidos a las cosas, de su sentido y de su valor, sería lo que denominamos la realidad de segundo orden. Y aquí, en este universo, no existen criterios objetivos. La realidad de segundo orden es, más bien, el resultado de procesos de comunicación muy complejos (Watzlawick, 1976, en Watzlawick, 1992).

Encuadraremos, pues, dentro de la realidad de primer orden aquellos aspectos de la realidad que se refieren al consenso de la percepción y se apoyan en pruebas experimentales, repetibles, y por consiguiente, verificables. Ahora bien, en el ámbito de esta realidad no se dice nada sobre la significación de estas cosas, o sobre el valor (en el sentido más amplio de la palabra) que poseen. La significación, el valor que se le asigna, tiene una importante influencia en muchos aspectos de nuestra realidad, todo esto tiene muy poco o nada que ver con las propiedades físicas (Watzlawick, 1979).

La idea de las realidades construidas es útil porque si éstas son incorporadas al pensamiento del terapeuta, entonces no hay preocupación por si el cliente habla con la “verdad” o si percibe lo que es “verdadero” o “real”. Los terapeutas pueden trabajar con las construcciones basadas en la experiencia del cliente y sólo preocuparse si estas construcciones son viables con el sistema o las interacciones sistemáticas que los clientes dicen que necesitan cambiar (Anger-Díaz y Anger, 2011).

A través de Heinz von Foerster (1980) y Ernst von Glasersfeld (1987), el constructivismo radical encontró su camino hacia cómo nosotros miramos a las personas en el proceso de terapia. De acuerdo con Glasersfeld, llegando a la conclusión que, para ser constructivista, todo el mundo debe ser un constructivista es demasiado innecesario. Lo que es importante es cómo otras personas son vistas, lo que toma mucho tiempo y es un proceso difícil. La dificultad inherente es que, para que interactuemos con otra persona, tenemos que conceder una realidad intersubjetiva, la cual no es una realidad en la cual las cosas existen por su propio derecho, sino una realidad en donde nuestras ideas son más o menos compatibles con las ideas de la otra persona. En el constructivismo no necesitamos convencer a la gente que nuestra forma o su forma de pensar o de hacer las cosas es el mejor camino: si funciona para ti, es lo suficientemente bueno (von Glasersfeld, 1987, en Schlanger, 2011).

De esta premisa teórica se desarrollará otra premisa que los terapeutas breves llevarán a la práctica, y que por lo mismo, este modelo se nombra así como no normativo y aunque no constituya como una técnica específica en la cual el terapeuta lleva a cabo algo en concreto para hacer un cambio, los terapeutas obran bajo esta premisa pues es en sí una forma de ver el mundo, una metaidea.

Teoría de la Comunicación Humana

Este apartado es un resumen de los axiomas de la comunicación humana y tiene su base en el trabajo creado por Paul Watzlawick, Janet Beavin y Don. D Jackson (1987), al cual se hace referencia en el capítulo I, con el fin de presentar las premisas teóricas de la comunicación de las cuales hacen uso los terapeutas formados en este enfoque, cabe aclarar que es sólo un resumen; es decir, las ideas que a mi parecer, son las que principalmente debe tener en cuenta el terapeuta para poder entenderlos, pero no por ello, sustituye la lectura completa del material original.

El estudio de la comunicación humana puede subdividirse en tres áreas; la sintáctica, la semántica y la pragmática. La primera abarca los problemas relativos a transmitir información y, por ende, constituye el campo fundamental del teórico de la información. El significado constituye la preocupación central de la semántica. Si bien es posible transmitir series de símbolos con corrección sintáctica, carecerían de sentido a menos que el emisor y el receptor se hubieran puesto de acuerdo de antemano respecto a su significado. En tal sentido, toda información compartida presupone una convención semántica (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Por último, la comunicación afecta a la conducta y éste es un aspecto pragmático. Si bien es posible efectuar una separación conceptual clara entre éstas tres áreas, ellas son, interdependientes. El área pragmática se encarga de los efectos que tiene la comunicación sobre la conducta, en ese sentido se entienden estos dos términos como sinónimos, pues los datos de la pragmática no son sólo palabras que están al servicio de la sintáctica y la semántica, sino también sus concomitantes no verbales y el lenguaje corporal. Más aún, se agregaría a las conductas personales los componentes comunicacionales inherentes al contexto en que la comunicación tiene lugar. Así desde esta perspectiva de la pragmática, toda conducta, y no sólo el habla, es comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos impersonales, afectan a la conducta (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Como pareciera evidente, la comunicación humana es fundamental para práctica clínica, no sólo para la Terapia Breve, sino también para cualquier tipo de terapia, el problema es, y como hemos dicho en puntos anteriores de esta tesis, que en diversas ocasiones, el clínico desconoce los fundamentos de su operación y los fundamentos con los cuales opera. La Teoría de la Comunicación Humana es una de las vías por las cuales el clínico de la Terapia Breve tendrá las herramientas para poder resolver los problemas de los clientes, por tanto es esencial que conozca las bases de esta para poder operar.

La Imposibilidad de no Comunicar

Dentro de las diversas unidades de comunicación (conducta) un mensaje se refiere a cualquier unidad comunicacional singular. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibe el nombre de interacción. Con respecto a la unidad más simple posible, es evidente que una vez que se acepta que toda conducta es comunicación, ya no manejamos una unidad-mensaje monofónica, sino más bien como un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de conducta -verbal, tonal, postural, contextual, etc- todos los cuales limitan el significado de los otros (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

En primer lugar, hay una propiedad de la conducta que no podría ser más básica por lo cual suele pasársela por alto: no hay nada que sea lo contrario de conducta. En otras palabras, no hay no conducta o, para expresarlo de modo aún más simple, es imposible no comportarse (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Tampoco podemos decir que la “comunicación” solo tiene lugar cuando es intencional, consciente o eficaz, esto es, cuando se logra un entendimiento mutuo (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Los Niveles de Contenido y Relaciones de la Comunicación

Este segundo axioma sugiere que toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Esta es otra manera de decir que una comunicación no sólo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Un mensaje transmite información y, por ende, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa, válida, no válida o indeterminable (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Por otro lado, el aspecto relacional se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y, por ende, en última instancia, a la relación entre los comunicantes (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Para estas consideraciones lo importante es la conexión que existe entre los aspectos de contenido y relacionales en la comunicación. El primero transmite los “datos” de la comunicación, y el segundo, cómo debe entenderse dicha comunicación. La relación puede expresarse en forma verbal, no verbal, gritando o sonriendo o de muchas otras maneras. Además, la relación puede entenderse claramente a partir del contexto en el que la comunicación tiene lugar (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

La Puntuación de la Secuencia de Hechos

Esta característica es básica de la comunicación que se refiere a la interacción -intercambio de mensajes- entre comunicantes. Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo, quienes participan en la interacción introducen lo que siguiendo a Whorf, ha sido llamado por Bateson y Jackson la “puntuación de la secuencia de hechos” (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

No se trata de determinar si la puntuación de la secuencia comunicacional es, en general, buena o mala, pues resulta evidente que la puntuación organiza los hechos de la conducta y, por ende, resulta vital para las interacciones en marcha. Desde el punto de vista cultural, compartimos muchas convenciones de puntuación que, si bien no son ni más ni menos precisas que otras

visiones de los mismos hechos sirven para reconocer secuencias de interacción comunes e importantes (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Comunicación Digital y Analógica

En la comunicación humana, es posible referirse a los objetos, -en el sentido más amplio del término- de dos maneras totalmente distintas. Se los puede representar por símil, tal como un dibujo, o bien mediante un nombre. Estos dos tipos de comunicación -uno mediante una semejanza autoexplicativa y el otro, mediante una palabra- son, desde luego, equivalentes a los conceptos de las computadoras analógicas y digitales, respectivamente (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Puesto que se utiliza una palabra para nombrar algo, resulta obvio que la relación entre el nombre y la cosa nombrada está arbitrariamente establecida. Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Por otro lado, en la comunicación analógica hay algo particularmente “similar a la cosa” en lo que se utiliza para expresarla. Es más fácil referir la comunicación analógica a la cosa que representa. La comunicación analógica encierra una validez mucho más general que el modo digital de la comunicación verbal relativamente reciente y mucho más abstracto (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

La comunicación analógica es entonces: virtualmente, todo lo que sea comunicación no verbal. Incluyendo movimientos corporales, postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

En síntesis, si recordamos que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional cabe suponer que comprobaremos que ambos modos de comunicación no sólo existen lado a lado, sino que se complementan entre sí en cada mensaje. Asimismo, cabe suponer que el aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo

a la relación es de naturaleza predominantemente analógica (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

En su necesidad de combinar estos dos lenguajes, el hombre, sea como receptor o emisor, debe traducir constantemente de uno al otro. En la comunicación humana la dificultad inherente a traducir existe en ambos sentidos. No sólo sucede que la traducción del modo digital al analógico implica una gran pérdida de información, sino que lo opuesto también resulta sumamente difícil: hablar acerca de una relación requiere una traducción adecuada del modo analógico de comunicación al modo digital (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Para resumir: Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Interacción Simétrica y Complementaria

Estos dos patrones se pueden describir como relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En el primer caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, y así su interacción puede considerarse simétrica. Sean debilidad o fuerza, bondad o maldad, la igualdad puede mantenerse en cualquiera de las áreas (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

En el segundo caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro. Así, pues, la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

En una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria, mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultural (como en los casos de madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno), o ser el estilo

idiosincrásico de relación de una díada particular. En cualquiera de los dos casos, es importante destacar el carácter de mutuo encaje de la relación en la que ambas conductas, disímiles pero interrelacionadas, tienden cada una a favorecer a la otra. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece motivos para ella: sus definiciones de la relación encajan (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987).

El Principio: La Teoría de los Grupos y La Teoría de los Tipos Lógicos

Para poder maniobrar, el modelo de Terapia Breve del MRI basa sus premisas de cambio en dos importantes teorías: la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Ambas teorías, como veremos más adelante en el apartado de resolución de problemas, son las que subyace a la explicación del cambio tipo uno y cambio tipo dos, ambas pertenecientes a las teorías matemáticas.

La primera nace en la primera parte del siglo XIX, siendo el matemático francés Évariste Galois quien introduce el término grupo, para que posteriormente diversos destacados matemáticos contribuyeran a ella.

De acuerdo con esta teoría, un grupo posee las siguientes propiedades (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992):

a) Está compuesto por miembros, todos los cuales son iguales en cuanto a una característica común. Puede tratarse por tanto de números, objetos, conceptos, acontecimientos o bien cualquier otro género de cosas que se quieran incluir juntas en un grupo, en tanto posean un común denominador y en cuanto el resultado de cualquier combinación de dos o más miembros sea también, en sí, un miembro del grupo. El término combinación se refiere a un cambio a partir de un posible estado interno del grupo a otro.

b) Otra propiedad de un grupo es la de que se puede combinar a sus miembros en distinto orden y sin embargo, el resultado de la combinación permanece siendo el

mismo. Puede afirmarse por tanto, que existe una variación en el proceso, pero una invariancia en el resultado.

c) Un grupo contiene un miembro de identidad tal que su combinación con cualquier otro miembro da este otro miembro, lo que significa que mantiene la identidad de dicho otro miembro. Un miembro puede actuar sin provocar cambio alguno.

d) Por último, en cualquier sistema que se ajuste al concepto de grupo, encontramos que cada miembro tiene su recíproco u opuesto, de modo tal que la combinación de cualquier miembro con su opuesto da lugar al miembro de identidad.

Lo que la teoría de los grupos no nos proporciona es un modelo para los tipos de cambio que trascienden de un determinado sistema, para ello Watzlawick, Weakland y Fisch apelan a la teoría de los tipos lógicos de Whitehead y Russell, (1910, en Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992):

“Esta teoría comienza también con el concepto de colecciones de “cosas” unidas por una característica específica común a todas ellas. Al igual que en la teoría de grupos, los componentes de la totalidad son designados como miembros, mientras que la totalidad misma es denominada clase en lugar de grupo. Un axioma esencial de la teoría de los tipos lógicos es la de que “cualquier cosa que no comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma”. La primordial diferencia entre miembro y clase, es el hecho de que una clase no puede ser un miembro de sí misma” (p. 26).

Una analogía aplicable como ejemplo, de acuerdo con Watzlawick, Weakland y Fisch (1992), es la de un automóvil con un cambio de marchas convencional. El rendimiento del coche puede variarse de dos modos distintos: bien mediante el pedal del acelerador (aumentando o disminuyendo el flujo de gasolina a los cilindros) o cambiando las marchas. Llevando más adelante esta analogía en cada marcha el coche tiene un cierto número de “comportamientos” (es decir, de producción total de energía y en consecuencia de velocidad, aceleración, capacidad para subir pendientes, etc.). Dentro de dicho número de comportamientos (es decir: esta clase de los

mismos), el uso adecuado del acelerador producirá el cambio deseado en el rendimiento. Pero si el rendimiento requerido cae fuera de dicha clase (o número de comportamientos), el conductor debe cambiar la marcha para obtener la variación deseada. El cambio de marchas es por tanto un fenómeno de un tipo lógico más elevado que el dar gasolina.

Es así como la teoría de los grupos nos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable; la teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros, pero nos proporciona una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior. Si aceptamos esta básica distinción entre ambas teorías, se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

De los postulados de la teoría de los tipos lógicos se pueden derivar por tanto dos importantes conclusiones: a) los niveles lógicos deben ser estrictamente separados a fin de evitar paradojas y confusiones, y b) pasar de un nivel al inmediatamente superior (es decir: de un miembro a la clase) supone una mudanza o variación, un salto, una discontinuidad o transformación, es decir un cambio de la mayor importancia teórica y también práctica, ya que proporciona un camino que conduce fuera de un sistema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Hasta este punto me gustaría considerar estas seis teorías (la epistemología cibernética, la teoría general de los sistemas, el constructivismo, la teoría de la comunicación humana, la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos) como un marco de referencia que generan y forman al modelo Terapia Breve de Resolución de Problemas del MRI. Si bien cada una puede explicarse independientemente de la otra, el modelo del MRI está conformado por cada una de ellas y sería ingenuo intentar explicar el modelo sin alguna de ellas. Me gustaría entonces considerar este modelo como el resultado de estas teorías, muy vulgarmente dicho, como un tipo de mezcla de cada una. Al entrar en la realidad del modelo del MRI aceptamos las premisas que consigo este lleva, no podríamos aplicar el modelo sin la premisa constructivista, porque entonces ya no sería este el modelo de terapia, de la misma forma, si consideráramos aplicar el modelo sin una epistemología cibernética, entonces, sería un modelo completamente diferente. Si bien, ninguna

de ellas depende de la otra, las ideas que conforman a la terapia breve están tan estrechamente entrelazadas con las demás que al exponerlas individualmente no presentan una imagen del mundo en sus hilos particulares, sino que la presentan como una trama entretejida.

A partir de ahora, es necesario considerar las teorías y premisas que derivan del modelo, así como existen éstas que lo conforman, (y que fuera del modelo pueden explicarse independientemente de él), de este modelo derivan los siguientes puntos teóricos que trazan la distinción en comparación a otros modelos de terapia breve. Es decir, una vez analizadas e interiorizadas las teorías anteriores se origina una nueva forma de observar los problemas, y no únicamente, pues así como los vemos desde esta nueva perspectiva entonces también actuamos de una forma diferente frente a ellos, sólo por mencionar, la comparación con las psicoterapias clásicas. Es así como de este conjunto de teorías creamos entonces una nueva realidad que nos permite trazar nuestras propias distinciones respecto a cómo vemos a la gente en terapia, cómo pensamos nosotros que se originan sus problemas, cómo creemos que estos pueden resolverse y qué papel jugamos como terapeutas para que esto ocurra. Esto no es más que una simple forma de pensar en el modelo o, en otras palabras, de darle una estructura para que sea un poco más sencillo entenderlo, pues es sólo eso, mi forma de ver o acomodar el modelo.

La Formación de Problemas

Una vez que la interacción familiar fue vista como significativa para los problemas, siguió que el terapeuta debería apuntar a cambiar el sistema marchante. Extendiendo esto, ahora vemos la tarea primaria del terapeuta como la de tomar una deliberante acción para alterar pobremente los patrones de funcionamiento de interacción tan poderosa, efectiva y eficientemente como sea posible (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

Para el modelo del Terapia Breve de Resolución de Problemas del MRI, los problemas consisten en una conducta presente indeseada, asimismo, se le atribuye escasa importancia a los hipotéticos factores subyacentes en el pasado o en las profundidades en la mente del enfermo (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

En contraste con el entonces dominante paradigma de psicoterapia psicodinámica a largo plazo, el modelo de terapia breve de Palo Alto se encuentra directamente enlazado a las tácticas terapéuticas de Erickson, cuya inclinación era la de dejar tareas, involucrar al paciente activamente

en el diálogo y obtener resultados rápidos. Además en desacuerdo con el punto de vista psicodinámico centrado en la patología, el modelo se centra en los problemas de las personas, más que en ver los problemas como “síntomas” de alguna patología profunda y subyacente (Rohrbaugh y Shoham, 2001). Este énfasis sobre los orígenes ocultos, en vez de sobre lo que se puede observar ahora, lleva necesariamente a una prolongada indagación sobre el pasado y a un uso preponderante de la inferencia (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

El modelo de Palo Alto traza, como mencionamos antes, una primera distinción, la de los términos Dificultades y Problemas. Los autores del modelo, Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch (1992), en su libro Cambio, mencionan que las dificultades hacen referencia sencillamente a un estado de cosas indeseables que, o bien pueden resolverse mediante algún acto de sentido común y para el cual no se precisan especiales capacidades para resolver problemas, o bien, con mayor frecuencia, a una situación de la vida, indeseable pero por lo general bastante corriente, y con respecto a la cual no existe solución conocida y que hay que saber sencillamente conllevar, al menos durante cierto tiempo.

Por otro lado, los problemas se refieren a callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles, crisis, etc., creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Cuando La Dificultad se Convierte en Problema

“Nosotros consideramos dichos problemas primeramente como un resultado de las dificultades diarias, usualmente incluyendo la adaptación a ciertos cambios de la vida, que han sido mal manejadas por las partes involucradas. Cuando las dificultades de la vida ordinaria son manejadas de mala forma, los problemas irresueltos tienden crecientemente a envolver otras actividades de la vida y relaciones en puntos muertos o crisis, y como resultado la formación de síntomas”. (Weakland et al., 1974, p. 280).

Existen fundamentalmente tres modos de enfocar mal las dificultades (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p. 59):

- 1) Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.

2) Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente: se emprende una acción cuando no se debería emprender.

3) Se comete un error de tipificación lógica y se establece un “juego sin fin” cuando se intenta un cambio tipo 1 en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior o bien, se intenta un cambio tipo 2 cuando resultaría adecuado un cambio tipo 1: la acción es emprendida a un nivel equivocado.

El primer modo de enfocar mal una dificultad se refiere a Las Terribles Simplificaciones, es decir: la negación de los problemas y los ataques a aquellos que los señalan o que intentan enfrentárseles. Esta forma de abordar erróneamente un problema reside en comportarse como si tal problema no existiese. Parece bastante improbable que alguien intente solucionar situaciones difíciles negando que un problema lo sea en realidad. En el lenguaje corriente se expresa en expresiones tales como “hacer la vista larga”. En términos más abstractos, la típica fórmula que ello implica es la siguiente: no existe problema alguno (a lo sumo una dificultad) y cualquiera que lo considere como tal está loco o está actuando de mala fe (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

La mencionada mezcla de negación y ataque depende de groseras simplificaciones de la complejidad de la interacción en los sistemas sociales y de modo más general, de nuestro mundo moderno, cambiante, interdependiente y altamente complejo. Tal actitud tan sólo puede mantenerse rehusándose a ver la complejidad de la situación y definiendo la propia y restringida visión como una actitud real, genuina y honesta frente a la vida o como un “atenerse a los hechos” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

De todo ello se derivan dos consecuencias; en primer lugar, reconocer el problema, además de cualquier intento de solución, se considera como una manifestación de locura o maldad. En segundo lugar, el problema que exige un cambio se complica aún más por los problemas creados por el erróneo modo de abordarlo (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

El segundo modo de mal enfocar una dificultad se denomina como Síndrome de la Utopía, completamente contrario a las terribles simplificaciones, el utópico ve una solución donde no hay ninguna. Watzlawick, Weakland y Fisch (1992) lo definen como: “El extremismo en la solución

de problemas humanos que se da como resultado de la creencia que uno ha encontrado (o incluso puede encontrar) la solución última y absoluta”. Una vez que alguien abriga esta creencia, resulta lógico para él actualizar esta solución y de hecho no sería fiel a sí mismo si no lo hiciese.

El comportamiento resultante, al cual podemos designar como síndrome de utopía, puede adoptar una de tres posibles formas (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992):

La primera puede designarse como “introyectiva”; sus consecuencias son el resultado de un profundo y doloroso sentimiento de ineptitud personal para alcanzar el propio objetivo. Si este último es utópico, el mero hecho de plantearlo crea una situación en la que la inasequibilidad del objetivo no es atribuida a su índole utópica, sino que más bien se echa la culpa a la propia ineptitud.

La segunda variante del síndrome de utopía es mucho menos dramática; en lugar de autoacusarse por ser incapaz de llevar a cabo un cambio utópico, el método elegido es relativamente inofensivo y está representado por una forma de dilación o demora más bien agradable. Ya que el objetivo está distante el viaje será largo, y un viaje prolongado requiere una dilatada preparación.

Lo que importa es el viaje, no la llegada; el eterno estudiante, el perfeccionista, la persona que reiteradamente se las arregla para fracasar al borde mismo del éxito son ejemplos de viajeros que peregrinan eternamente y no llegan nunca al término de su viaje. Esta forma de utopismo se vuelve problemática en la vida cotidiana cuando una persona espera que “llegar” (como contrapuesto a una visión de la vida como un proceso constante) suponga la desaparición completa de los problemas.

La tercera variante del síndrome de utopía es esencialmente productiva y su ingrediente básico es una actitud moralista rígida por parte del sujeto, que está convencido de haber encontrado la verdad y con tal convicción asume la responsabilidad misionera de cambiar el mundo. Esto lo intenta primeramente mediante diversas formas de persuasión y con la esperanza de que bastará que la verdad sea lo bastante evidente, para que forzosamente la vean los hombres de buena voluntad. En consecuencia aquellos que no quieran aceptarla o ni siquiera quieran escucharla actúan de mala fe y su destrucción en beneficio de la humanidad puede aparecer como justificada.

Las tentativas utópicas de cambio crean callejones sin salida en los que con frecuencia resulta imposible distinguir claramente entre problemas y “problemas”, y entre “problemas” y “soluciones”(Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992). Existen innumerables dificultades que son parte integral del negocio de la vida cotidiana para las que no existe una solución ideal o definitiva conocida. Aún cuando son severamente relativas, manejables por sí mismas, pueden fácilmente convertirse en problemas como resultado de una creencia de que podría o debe haber una solución ideal o definitiva para ellas (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

Por último, el tercer modo de enfocar erróneamente las dificultades lleva por nombre Paradoja, estas surgen debido a la autorreflexividad de la afirmación, es decir, por una confusión entre miembro y clase. Lo que se quiere significar al hablar de los efectos de la paradoja sobre el comportamiento en la comunicación humana, son los peculiares callejones sin salida que se establecen cuando se intercambian mensajes estructurados precisamente como las paradojas clásicas en la lógica formal. Es decir; cuando se intenta resolver un problema con una solución para un problema que se encuentra en un nivel superior o viceversa, planteando una solución de un nivel superior a un problema que se encuentra en un nivel inferior (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Mientras las fortuitas dificultades de la vida, como enfermedades, accidentes o pérdida de trabajo a veces aparecen para iniciar el desarrollo de un problema, nosotros vemos los pasos transitorios en la familia viviente como los más comunes e importantes de las “dificultades de todos los días” que pueden llevar a los problemas. Estas transiciones incluyen: el cambio desde la relación voluntaria al noviazgo al compromiso del matrimonio, y de esto al compromiso menos reversible cuando el primer hijo nace; la influencia compartida que se requiere con otras autoridades cuando el hijo entra a la escuela, y con el niño por sí mismo y con sus compañeros en el periodo adolescente, etc. A pesar de que la mayoría de la gente logra manejar estas transiciones al menos bastante bien, todo ello requiere cambios mayores en las relaciones personales que pueden fácilmente ser mal manejadas (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

De acuerdo con Fisch, Weakland y Segal, (2003) para que constituya un problema, una conducta tiene que realizarse de modo repetido. Un único acontecimiento puede tener consecuencias desafortunadas o incluso desastrosas, pero el acontecimiento en sí mismo no puede ser un problema, porque éste, por definición, es una dificultad que se prolonga en el tiempo.

En determinadas circunstancias, pueden surgir problemas como mero resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente y esta clase de formación de problemas puede surgir en cualquier aspecto del funcionamiento humano: individual, dual, familiar, sociopolítico, etc. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974, en Watzlawick y Weakland, 1977) asumen que una vez que una dificultad comienza a verse como un “problema”, la continuación y a menudo la exacerbación, de este problema resulta de la creación de un ciclo de feedback positivo, más a menudo centrándose alrededor de aquellas conductas de los individuos en el sistema que están destinadas a resolver la dificultad: La dificultad original se encuentra con un intento de “solución” que intensifica la dificultad original, y así sucesivamente.

Más de lo Mismo o Cuando el Problema se Mantiene

Por lo general, lo que promueve el cambio (incluso en determinados aspectos del crecimiento y del desarrollo) es la desviación con respecto a alguna norma. El cambio deseado se verifica mediante la aplicación de lo contrario de lo que produjo la desviación (por ejemplo; calor contra frío). Si esta acción correctora resulta insuficiente, la aplicación de más de lo mismo da eventualmente lugar al efecto deseado. Este tipo sencillo y “lógico” de solución de problemas no solamente se aplica a múltiples situaciones de la vida cotidiana, sino que se halla asimismo en la raíz de miríadas de procesos interactivos en fisiología, neurología, física, economía y muchos otros campos (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

De acuerdo con Watzlawick, Weakland y Fisch (1992) en la vida real, si bien ciertos problemas humanos pueden continuar a un nivel constante de gravedad, hay muchos que no permanecen igual durante mucho tiempo, sino que tienden a aumentar y acentuarse si no se alcanza ninguna solución o la solución alcanzada es errónea y sobre todo si se aplica más de la misma solución equivocada.

Desde nuestra perspectiva, como mencionamos antes, es que la conducta problemática persiste sólo cuando es repetitivamente reforzada en el curso de la interacción social entre el paciente y otra gente significativa. Usualmente, además, es justamente lo que el paciente y estos otros hacen en sus esfuerzos para manejar el problema — a menudo aquellos intentos de ayuda

que parecen muy “lógicos” o incuestionablemente correctos— que es lo más importante en mantener el problema o exacerbarlo (Weakland et al., 1974).

Fisch, Weakland y Segal, (2003) sugieren que para que un problema exista y permanezca como tal, debe haber conductas problemáticas y que se llevan a cabo de forma repetida dentro del sistema de interacción social del paciente. “Más de lo mismo” es la receta para obtener un cambio y esta “solución” es el problema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Finalmente, para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; 2) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma “solución”. Entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Los Intentos de Solución

Una clara implicación dentro del modelo de Palo Alto es que cómo persiste un problema es más relevante para la intervención más que cómo es originado. De hecho, la observación central del modelo es que el mantenimiento del problema se resuelve precisamente alrededor de lo que la gente actual y persistentemente hace o no hace en función de controlar, prevenir o eliminar el problema (Rohrbaugh y Shoham, 2001).

La solución intentada es aquello que constituye en realidad el problema. En las situaciones de la vida cotidiana, es de esto último de lo que no nos damos cuenta; el remedio no sólo es peor que la enfermedad, sino que es él mismo, la enfermedad (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Sea cual sea la manera en que se haya iniciado, los problemas persisten debido a la insistencia con la que la persona intenta resolverlos; a esa actitud la llamamos la solución intentada (Fisch y Schlanger, 2002). Las soluciones intentadas son, pues, aquellos mecanismos que no sólo no resuelven el problema, sino que más bien lo mantienen y lo hacen más profundo (Watzlawick, 1992).

Un “problema” entonces, consiste en un círculo vicioso que entrelaza la conducta que alguien considera indeseable (el problema) a la conducta de alguien más intentando modificar o eliminar el problema (el intento de solución) (Rohrbaugh y Shoham, 2001).

Así, el objetivo de la terapia no es conseguir que la persona haga algo, sino más bien que deje de hacer lo que hacía para resolver el problema. En cierto modo, la solución consiste en conseguir que el problema se disipe en lugar de hacer un esfuerzo por superarlo. En ese sentido, diríamos que lo que tratamos no son los problemas, sino las soluciones intentadas. Si intentamos averiguar cuáles son las soluciones intentadas, en general, salvo raras excepciones, vemos que suelen ser fruto de la lógica cotidiana o del sentido común (Fisch y Schlanger, 2002).

Resolución de Problemas

Si la aparición y el mantenimiento de los problemas son considerados como partes de un proceso que sigue un círculo vicioso en el que las bienintencionadas conductas de “solución” otorgan continuidad al problema, la alteración de tales conductas debe servir entonces para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema, es decir, la desaparición de la conducta problemática, que ha dejado de estar provocada por otras conductas pertenecientes al sistema de interacción (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Siendo el cambio un elemento tan generalizado y extendido de la existencia, cabría esperar que la naturaleza del cambio y los modos de realizarse fueran claramente comprendidos. Mas aquello que se haya más nuestro alcance es con frecuencia lo más difícil de captar (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Ya que hemos hecho una distinción, detallando la parte teórica que supone la formación de los problemas y su mantenimiento, podemos empezar a detallar la parte teórica que supone la resolución de estos para el Modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute.

Gracias a la teoría de los grupos y a la teoría de los tipos lógicos, Watzlawick, Weakland y Fisch (1992), deducen que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo.

Cambio Tipo 1

“Opinamos que hay una complicación en la raíz de numerosos problemas humanos, en los que el sentido común indicaría que el modo de contrarrestar un hecho doloroso o perturbador consistiría en introducir su contrario en la situación.” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p. 54).

Existen innumerables casos en los que esta forma de resolver problemas y de cambio proporciona una solución válida y satisfactoria, por lo tanto el cambio 1 parece basarse siempre en el sentido común (por ejemplo, en la receta “mas de lo mismo”). El potencial de cambio 1 inherente al sistema puede compensar la alteración, permaneciendo inmodificada la estructura del sistema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

La teoría de los grupos ofrece una analogía que permite ilustrar el hecho de que ciertas acciones, ciertas actitudes que se supone que aportan un cambio benéfico no hacen más que poner en marcha unos mecanismos reguladores homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior; lo que se resume en célebre fórmula: “Cuanto más cambio, más es lo mismo.” Se habla por lo tanto de un cambio tipo 1 cuando las reglas de las relaciones siguen siendo las mismas (Wittezaele y García, 1994).

Cambio Tipo 2

Por el contrario, existen cambios que conciernen al conjunto del sistema, a la norma de su funcionamiento. Para explicar este cambio de estructuras, es necesario recurrir a una teoría que tenga en cuenta a la vez los elementos, pero también el conjunto del sistema. La teoría de los tipos lógicos permite esta doble mirada y puede, por tanto, explicar el proceso de trascendencia del marco de referencia (Wittezaele y García, 1994).

Un sistema que pase por todos sus posibles cambios internos sin que se verifique en él un cambio sistémico, es decir: un cambio 2, puede considerarse como enzarzado en un juego sin fin (Cuanto más cambia, más es lo mismo). No puede generar desde su propio interior las condiciones para su propio cambio; no puede producir las normas para el cambio a partir de sus propias normas. Los juegos sin fin son interminables en el sentido de que no contienen en sí condiciones para su propia terminación (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Cambio 2, es por tanto, el cambio del cambio. El cambio 2 resulta introducido en el sistema desde el exterior y por tanto no es algo familiar o inteligible... Visto desde fuera del sistema, supone meramente un cambio de las premisas (las reglas de combinación en términos de la teoría de los grupos) que rigen al sistema como totalidad. Cualquier cambio de dichas premisas ha de ser introducido a partir de un nivel aún más elevado (es decir un nivel superior respecto al sistema original y superior con respecto a las premisas que rigen a dicho sistema en su totalidad) (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

El cambio 2 es aplicado a aquello que dentro de la perspectiva del cambio 1 parece constituir una solución, debido a que dentro de la perspectiva del cambio 2, tal “solución” se revela como la causa del problema que se intenta resolver. El cambio 2 aparece habitualmente como extraño, inesperado y desatinado; se trata de un elemento desconcertante, paradójico del proceso de cambio. El abandono de este modo de resolver el problema es lo que lo resuelve (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

El cambio 2 se realiza pasando al nivel lógico inmediatamente superior. En lugar de continuar eligiendo una alternativa (es decir: un miembro de la clase de alternativas) como el mal menor, pone en duda y rechaza así la clase entera (todas las alternativas) y no solamente a un miembro (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Finalmente, podemos darnos cuenta de que los grupos son tan sólo invariables al nivel del cambio 1 (es decir: al nivel del cambio de un miembro a otro, nivel en el que cuanto más cambian las cosas, más siguen permaneciendo las mismas), pero que están abiertos al cambio al nivel del cambio 2; es decir: a cambios en cuanto a las reglas que gobiernan su estructura o su orden interno (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Capítulo III. Perspectiva Práctica del Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy Center, Resolución de Problemas del Mental Resarch Institute (MRI)

Una psicoterapia es buscada en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro (Erickson, 1992, en Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Como bien hemos mencionado, ya que la aparición y el mantenimiento de los problemas se consideran parte del mismo círculo vicioso en el que los intentos de solución permiten que el problema permanezca, la alteración de dichos intentos debe funcionar para irrumpir el ciclo y comenzar la solución al mismo.

La implicación más práctica es que, para resolver un problema, no es necesario entender o cambiar su “causa” antecedente, sino simplemente romper el patrón irónico que mantiene el problema promoviendo menos de la misma solución. Si esto se logra, incluso de una forma pequeña, el círculo vicioso puede guiar después hacia cambios positivos (Rohrbaugh y Shoham, 2001).

Mientras que resulta relativamente fácil establecer una clara distinción entre cambio 1 y cambio 2 en términos estrictamente teóricos, esta misma distinción puede resultar extremadamente difícil de realizar en situaciones reales de la vida. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).

Supuesta esta concepción de los problemas y de su solución, el terapeuta debe transformarse en agente activo de cambio. No sólo debe lograr una visión clara de la conducta problemática y de las conductas que sirven para conservarla; debe considerar también en qué podría consistir el cambio más estratégico en las “soluciones”, y dar pasos que estimulen dichos cambios haciendo frente a los compromisos del cliente para continuarlos (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Únicamente si se entiende la concepción general de los problemas y del tratamiento -en resumen, la teoría- con la que se hallan vinculadas estas prácticas concretas uno podrá aceptar y aplicar este enfoque terapéutico (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Dentro de la terapia, el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del MRI sigue un esquema de etapas, a pesar de que en la práctica puede haber un traslapeo entre ellas (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974):

1. Investigación y definición del problema.
2. Estimación de la conducta que mantiene el problema.
3. Establecer la meta o el objetivo del tratamiento.
4. Seleccionar y crear las intervenciones conductuales.
5. Terminación.

Etapas de la Terapia

Primera Etapa: Definición del Problema

Es importante comenzar por una comprensión clara de la dolencia que ha traído el cliente a nuestra consulta. (Fisch, Weakland y Segal, 2003). Ya que el enfoque del tratamiento es sintomático, lo que primero queremos obtener es una clara y explícita declaración de la queja presentada. Por lo tanto, tan pronto como el terapeuta ha obtenido un breve resumen de la fuente referencial y de cualquier tratamiento previo, él pregunta qué problema ha traído al paciente a verle. Si un paciente menciona un número de quejas, le preguntaremos cuál es la más importante. Desde el principio, entonces, nosotros estamos siguiendo una forma del principio general, “Empezar desde donde está el paciente” (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

Para nosotros, un problema es una conducta que el paciente considera claramente indeseable, más que la manifestación de una patología. Así, si la persona no se queja por una conducta, no tienen ningún problema. En ese sentido, nuestras ideas se alejan de los conceptos de normalidad y anormalidad y, en cambio, se basan en la queja. Además, cada uno tiene su propia escala de valores para definir lo que es una conducta aceptable o inaceptable (Fisch y Schlanger, 2002).

Bastante a menudo, el paciente dará una respuesta adecuada —con esto queremos decir una declaración clara refiriéndose a una conducta concreta. En muchos casos, sin embargo, la

respuesta dejaría el problema presentado aún en duda. Más investigación, entonces, es requerida para definir más claramente este punto de partida para el completo tratamiento. Ciertos pacientes, especialmente los más jóvenes, pueden declarar sus quejas in términos vagos que carecen de referencia a cualquier conducta concreta o situación de vida: “No sé quién soy en realidad”; “No nos podemos comunicar” (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

En la gran mayoría de los casos, la dolencia que se declara puede captarse con claridad. Sin embargo, en un número significativo de casos, la dolencia inicial puede resultar muy vaga o huidiza o bien ser una declaración relativa a la presumible causa del problema. Cuando la dolencia es vaga, el terapeuta debe aclararla antes de seguir avanzando. Puesto que el objetivo general de la terapia consiste en eliminar o reducir de modo satisfactorio la dolencia que manifiesta el paciente, la claridad en este aspecto resulta decisiva (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Segunda Etapa: Intentos de Solución

Ya que el problema se conserva gracias a los esfuerzos que el cliente y otras personas realizan sobre el problema, es necesario obtener una comprensión completa y exacta de qué representan tales esfuerzos (las pretendidas soluciones), en especial los que se estén llevando a cabo en el momento presente. Las personas pueden haber efectuado algún esfuerzo en épocas pasadas, pero desde entonces haberlo abandonado. Dicha información es de alguna utilidad, pero lo decisivo es lo que se está haciendo ahora. Además, resulta importantísimo entender cuál es el impulso básico de los diversos esfuerzos realizados (Fisch, Weakland y Segal, 2003). Recordemos lo que dicen Fisch y Schlanger (2002), el objetivo de la terapia no es conseguir que la persona haga algo, sino más bien que deje de hacer lo que hacía para resolver el problema.

En ciertas circunstancias, por supuesto, los esfuerzos pueden ser más difíciles de percibir, ya sea porque son sutiles o complejos —las conductas no verbales, contradicciones entre declaraciones y acciones, diferentes conductas por diferentes personas— o porque incluso los terapeutas están condicionados a aceptar estándares culturales de lógica y exactitud sin examinar si las cosas realmente funcionan de esa forma (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

Es inevitable que las personas que están en contacto continuo se influyan las unas a las otras. Esta creencia es un elemento básico en el pensamiento interaccional, un pensamiento

intrínseco a nuestra visión de la persistencia de los problemas. Nosotros analizamos la interacción, sobre todo las interacciones que giran en torno a la queja manifestada (Fisch y Schlanger, 2002).

En la práctica, el terapeuta simplemente pregunta al paciente y a cualquier miembro de la familia presente como ellos han estado tratando de lidiar con el problema. Esto por si mismo puede guiar rápidamente a un panorama de lo que hace que las cosas vayan mal. De lo contrario, la investigación, que siempre tiene como objetivo el comportamiento concreto, se puede realizar con más extensión y con más detalle, pero con simpatía. El objetivo del terapeuta es obtener información suficiente para entender lo que está sucediendo, por lo cual necesita cooperación, no para confrontar a la gente con sus errores. En adición a lo que el paciente u otros declaran explícitamente, es importante notar cómo ellos discuten el problema y su manejo, incluyendo su interacción (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

No siempre resulta posible unificar todos los intentos del cliente en una sola categoría. Por regla general, sin embargo, la mayoría de los esfuerzos realizados —y sin duda alguna, los que se llevan a cabo con más insistencia— se agrupan fácilmente en una categoría. Cuando se ha identificado el impulso básico de los esfuerzos del paciente, el terapeuta puede pasar a la siguiente fase del proceso (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Tercera Etapa: Establecer el Objetivo del Tratamiento

En este enfoque terapéutico, el objetivo general es la solución de la dolencia del cliente. Hay que vincular íntimamente los procedimientos que adopte el terapeuta y el objetivo del tratamiento. En consecuencia, aquí consideraremos 1) sobre qué base elegimos el objetivo, y 2) qué tipo de datos se manejarán para determinar el éxito o el fracaso en el logro de dicho objetivo, o para determinar el avance hacia la consecución del objetivo durante el transcurso del tratamiento (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Fijar un objetivo de tratamiento actúa tanto como una sugerencia de que el cambio es factible en el tiempo asignado y provee un criterio de logro terapéutico para el terapeuta y el paciente. Nosotros, por lo tanto, queremos objetivos declarados claramente en términos observables, comportamiento concreto para minimizar cualquier posibilidad de incertidumbre o negación más tarde. Por lo tanto, nuestra indagación usual es algo como “¿En lo más mínimo, qué

conducta indicaría para usted que se ha dado un paso definitivo hacia adelante en su problema?” (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

Como consideramos que los problemas requieren un esfuerzo continuo (la solución intentada) para persistir, cuando hay un cambio mínimo pero estratégico, creemos que se producirán más cambios en forma de una onda expansiva o del efecto dominó. Esta reacción de onda expansiva es uno de los elementos que permiten que el tratamiento sea breve. A menudo, no es necesario que la terapia recorra toda la distancia, sino que basta con poner la pelota en movimiento (Fisch y Schlanger, 2002).

Cuarta Etapa: Intervenciones

Una vez que nos hemos formado una imagen del comportamiento actual central al problema y hemos estimado qué conducta diferente podría guiar hacia el objetivo seleccionado, la tarea es la de intervenir para promover dicho cambio. Esta etapa debe ser discutida con cierta extensión, ya que ordinariamente constituye la parte más larga, más variada y probablemente la más inusual del tratamiento (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

La terapia breve pretende influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de éste. Dicho objetivo puede conseguirse por dos vías: impidiendo que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema, o, en los casos adecuados, rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Fisch, Weakland y Segal (2003), englobaron dos grandes categorías para las intervenciones, las intervenciones principales que son utilizadas cuando se han recogido los datos suficientes y se han integrado en un plan ajustado a las necesidades del caso específico y las intervenciones generales, las cuales son más amplias debido a que poseen un ámbito de aplicación mayor, por lo tanto, pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento y en ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente.

Intervenciones principales. Explicado anteriormente, estas intervenciones se utilizan una vez que se recogieron los datos necesarios acerca del problema, cómo funciona y qué intentos de solución lo mantienen y así elaborar un plan que interrumpa dichos intentos. Estas intervenciones

surgen de cinco soluciones básicas que utiliza la gente para resolver sus problemas, cinco intentos básicos de solución que la gente plantea a los terapeutas en la práctica clínica (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

El Intento de Forzar Algo que Sólo Puede Ocurrir de Modo Espontáneo. El primer intento es una categoría donde el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. A este grupo pertenecen la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico: rendimiento sexual (impotencia, eyaculación precoz), funcionamiento intestinal (estreñimiento, diarrea), función urinaria (urgencia, frecuencia, imposibilidad de orinar en un mingitorio público), temblores y tics, problemas del apetito, tartamudeo, insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter (depresión), obsesiones y compulsiones, etcétera (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

El paciente potencial define dichas fluctuaciones como problema y toma voluntariamente determinadas medidas que sirvan para corregirlas y evitar su reaparición. Tales medidas acostumbran a implicar un esfuerzo deliberado para asegurar un rendimiento normal o efectivo. Al realizarlo el paciente potencial se ve atrapado por la dolorosa solución de tratar de imponerse un rendimiento que sólo puede obtenerse de modo espontáneo o “irreflexivo”. También puede haber otras personas que participen en este esfuerzo generador del problema y colaboren inconscientemente en potenciarlo (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

El paciente cree que la solución que él aplica es el único modo lógico o razonable de afrontar el problema, y que actuar de otra forma sólo serviría para empeorar las cosas. Como norma general, le pedimos implícitamente a un paciente que renuncie a una conducta concreta cuando le enseñamos explícitamente a que lleve a cabo otra conducta que de por sí excluya la conducta que deseamos eliminar (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

El Intento de Dominar un Acontecimiento Temido Aplazándolo. Este intento, justamente como el anterior, autoreferencial; es decir una dolencia que el mismo paciente padece, se caracteriza por pacientes que se ven atrapados en estados de terror o de ansiedad, por ejemplo, fobias timidez, bloqueos en la escritura o en otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento (hablar en público, miedo a salir en escena), y de fenómenos similares. A diferencia del conjunto anterior de dolencias, estos estados de terror o ansiedad pueden surgir y mantenerse sin necesidad de que intervenga alguien más. El paciente, dentro de su propio sistema cognoscitivo, puede sentir pánico y puede conservar dicho estado por su cuenta (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Dentro de esta categoría, el paciente considera que el acontecimiento temido es algo que él no está en condiciones de dominar. En su intento de solución: se dice a sí mismo que, puesto que la tarea resulta en realidad algo sencillo y fácil para los demás, él no tendría ninguna dificultad en llevarla a cabo. Al mismo tiempo, se siente vulnerable y no se encuentra preparado para realizarla. Así, el paciente se introduce en un problema inacabable, que aplaza mediante una constante preparación para tal enfrentamiento (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Esencialmente el intento básico de solución del paciente consiste en prepararse para el acontecimiento temido, de modo que ese acontecimiento pueda ser dominado con antelación. Lo que se requiere son directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia del dominio (o un dominio incompleto) de ella (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

El Intento de Llegar a un Acuerdo Mediante una Oposición. En comparación con los dos intentos anteriores, los problemas ligados a esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración. Como ejemplo de estos problemas se encuentran las riñas conyugales, los conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes, disputas entre compañeros de trabajo, y problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Las personas aquejadas por este tipo de problemas ensayan la siguiente solución: sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a las conductas concretas y, lo que es todavía más importante, exigir que la otra parte les trate con el respeto, la atención o la diferencia que piensan que se les debe. En pocas palabras, la solución ensayada asume la forma de exigir a la otra parte que los trate como si fuesen superiores (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Esta forma de solucionar el problema sirve precisamente para producir la conducta que se desea eliminar, ya sea que la exigencia de superioridad se formule como algo a lo que se tiene derecho o es exigible, ya sea que se busque mediante amenazas, violencia o argumentación lógica. Un modo de impedir esta solución consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad. El terapeuta pretende impedir las exigencias altaneras y el hecho de no realizar solicitudes explícitas. En pocas palabras, quien sea la parte que formula las quejas haga peticiones concretas y específicas (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

El Intento de Conseguir Sumisión a Través de la Libre Aceptación. En esta categoría, se refleja una imagen del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación; es decir cuando una de las personas involucradas exige a la otra algo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o sacrificio. Al igual que en la categoría anterior, estos problemas se reflejan en problemas conyugales, problemas de crianza, conflictos entre padres, compañeros de trabajo, etcétera (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

En una situación de esta clase, lo que podría constituir una sencilla petición de sumisión, a la cual podría responderse mediante un simple manifestación de rechazo o aceptación, se transforma por el contrario en un intercambio generador de problemas. A la petición indirecta se contesta con un rechazo indirecto, y cada persona trata de convencer a la otra de que expresarse de modo directo resulta inútil (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Ésta es la solución que tiene lugar en todos aquellos problemas en los que el sujeto A pide al sujeto B que realice algún acto o tome alguna decisión, y cuando B se resiste a la solicitud A trata de contrarrestar la resistencia de B señalando que lo que ha pedido es algo perfectamente justo o razonable. En efecto, A le pide a B que deje de quejarse y de resistirse, y que haga voluntariamente lo que A quiere. En todos estos problemas hay un mismo hilo conductor: una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario. En tales casos, el terapeuta tiene que solucionar el problema de hallar una forma de influir sobre el cliente con objeto de que lleve a cabo esta variación (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

La Confirmación de las Sospechas del Acusador Mediante la Autodefensa. Por último, en esta clase de problemas, por lo general, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez. Lo típico es que el sujeto A formule acusaciones acerca del sujeto B, y que éste responda mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa. Desafortunadamente, la defensa de B suele confirmar las sospechas de A. El resultado es que A continúa con sus acusaciones, B refuerza su defensa y así sucesivamente (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Fisch, Weakland y Segal (2003), bautizaron este tipo de interacción como el “juego del acusado y del defensor” y suele presentarse en problemas conyugales, problemas de crianza y en

dificultades relacionadas con el trabajo. La estrategia que ellos sugieren para detener este intento de solución es la de hacer que alguna de las dos partes cese, sobretodo la del defensor, aceptando las acusaciones en un grado obviamente absurdo.

Intervenciones Generales. Como mencionamos antes, este tipo de intervenciones, son más amplias, pues el terapeuta puede hacer uso de ellas en diferentes momentos de la terapia; por una parte pueden funcionar cuando el terapeuta quiera comunicar alguna postura general, preparar el terreno para una intervención más específica o para averiguar si a pesar de que no exista una intervención específica, dicha intervención es suficiente para solucionar el problema (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

No Apresurase. Esta intervención consta de indicarle y pedirle al paciente que no haga nada, nada concreto, para resolver su problema, sólo se le dan instrucciones generales y vagas para que no provoque cambios. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa: el cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Es una indicación que se utiliza con clientes cuyos intentos de solución consisten en esforzarse mucho para cambiar su situación, o aquellos pacientes que ejercen presión sobre el terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa en tanto que ellos se limitan a permanecer pasivos o no colaboran (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Esta táctica es de utilidad porque describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar al paciente a que cambie, por lo menos con demasiada rapidez, cosa que provoca en dicho paciente una implícita necesidad de colaborar con cualquier consejo o sugerencia que formule el terapeuta a continuación. Al mismo tiempo, evita que el paciente tenga una sensación de urgencia, que probablemente se ha visto alimentada por sus pertinaces intentos de “solucionar” el problema. En otras palabras: el paciente ha exagerado en sus esfuerzos por solucionar el problema, que no hacen más que perpetuar el problema, si se le manifiesta que la solución satisfactoria de la dificultad depende de que avance con lentitud (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Los Peligros de la Mejoría. De acuerdo con los autores del modelo (Fisch, Weakland y Segal, 2003), esta intervención puede considerarse, en cierto sentido, como una ampliación o variante de la intervención “no apresurarse”. Se aborda por separado puesto que tiene objetivos un poco diferentes, y a menudo se aplica a determinadas clases de resistencia al paciente. Dicha intervención consta de preguntarle al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema.

Como uno de los objetivos, esta táctica puede utilizarse para ampliar la postura de “no apresurarse”, dado que la propia deliberación acerca de la realización de un cambio ya implica un auténtico enlentecimiento del proceso. Puede utilizarse a manera de motivación, dando un panorama de las cosas que cambiarían si el paciente resolviera su problema. Y puede utilizarse para presionar al paciente para que obedezca a nuevos encargos, después de que no ha cumplido uno que antes se le había formulado; así el terapeuta indica implícitamente que si el paciente descuida sus deberes él no alzaría un dedo para ayudarle a solucionar su problema. Esto se le expresa implícitamente al paciente preguntándole sobre los peligros de una mejoría, después de que no ha obedecido la sugerencia del terapeuta (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

En algunos casos, una intervención de este tipo —“los peligros de una mejoría”— provoca un cambio significativo o incluso llega a ser todo lo que se necesita para solucionar la dolencia actual, en especial cuando se trata de problemas de ansiedad, sobre todo, en las ansiedades de rendimiento. Si el cliente comprueba que la mejora no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligado a acosarse a sí mismo para rendir más, y de esta forma conseguirá una cierta distensión. El cliente modifica su intento de solución, consistente en esforzarse demasiado, y como resultado de dicho cambio cabe pronosticar un amaneramiento o una desaparición de su dolencia (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Cambio de Dirección. Esta técnica se emplea cuando es necesario que el terapeuta cambie o varíe su postura, alguna directriz o estrategia, cuando se da cuenta de que va en la dirección equivocada. En contraposición de las intervenciones anteriores, ésta se centra en el terapeuta y no en el paciente (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Este cambio implica, en ciertas ocasiones, un giro de 180 grados, pues suele requerirse cuando el terapeuta comienza a discutir con el paciente, estado que se refleja cuando el paciente rechaza o subestima el camino que sugiere el terapeuta, cuando el cliente accede a realizar lo que

que el terapeuta indica, pero que más tarde se muestra como no productivo, al mismo tiempo es probable que el terapeuta se sienta frustrado por el cliente (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Este tipo de cambio es eficaz, siempre y cuando, el terapeuta adopte una posición de inferioridad, planteando al paciente que hay cosas que se le han pasado por alto y aceptando que se ha dado cuenta de que estaba yendo por un camino diferente (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Cómo Empeorar el Problema. El terapeuta puede adoptar una postura de esta clase en forma interrogativa, no en una declaración positiva: “¿Sabe cómo lograr que el problema empeore?”. O “¿Qué es lo que haría que su problema fuese aún peor?”. Esto puede resultar útil en dos casos: al principio de la terapia con clientes ambiguos o que ofrecen resistencia, o cerca ya del final para reforzar el progreso obtenido (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Como variante de este tipo de intervención el terapeuta puede prescribir aquello que el paciente ha estado haciendo, pero sin presentarlo como sugerencia para que las cosas empeoren. Por el contrario, al tiempo que define la conducta del paciente como potencialmente útil para la definitiva solución del problema, el terapeuta exige que el paciente ejecute esta anterior solución hasta el extremo, hasta un extremo que provoque aversión. También se utiliza esta intervención, que es una especie de sugerencia al revés, en los casos en que el cliente ha estado resistiéndose a sugerencias ofrecidas de un modo más directo (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Quinta Etapa: Terminación

En las terapias prolongadas resulta adecuado considerar como un acontecimiento especial la terminación del tratamiento. Entre el paciente y el terapeuta se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo una relación significativa, y el final del tratamiento es al mismo tiempo el final de dicha relación. Además, en tales tratamientos se halla implícita la idea de que la terapia se propone bastantes más cosas que la solución de un problema en concreto, y de que el terapeuta ayuda al paciente a obtener una profunda comprensión de sí mismo y de su existencia (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Fisch, Weakland y Segal (2003), mencionan que en la terapia breve, la finalización del tratamiento se afronta con brevedad, no obstante, puesto que todos los aspectos del tratamiento breve se manejan estratégicamente, es de utilidad el manifestar unas cuantas cosas acerca de esta etapa final del tratamiento. Ya sea que los casos se queden al límite de las diez sesiones o que los objetivos sean alcanzados pronto, usualmente se repasa brevemente el curso del tratamiento con

el paciente, apuntando cualquier aparente ganancia —dándole al paciente el máximo crédito por este logro— y notando cualquier asunto sin resolver. También se remarca en el futuro probable más allá del término, ordinariamente con los pacientes recordándoles que los estaremos contactando para una entrevista de seguimiento en aproximadamente tres meses. Esta discusión usualmente encarna sugerencias positivas acerca de la mejora futura. Les recordamos a los pacientes que nuestro tratamiento no estaba destinado a alcanzar soluciones finales, sino una ruptura inicial en la cual ellos mismos puedan construir después (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

En la terapia breve el terapeuta ha de tener siempre presente cuál era la dolencia original y el objetivo del tratamiento, y buscará consecución de dicho objetivo, además de alguna clase de manifestación por parte del cliente en el sentido de que su dolencia ha sido solucionada. Será el terapeuta quien, en la mayoría de los casos, sugerirá el momento adecuado para la finalización del tratamiento, esperando por lo general que el cliente esté de acuerdo. Como es evidente, también el cliente puede iniciar el proceso de finalización por diversos motivos. Lo más deseable sería que el cliente indicase que su problema ya se ha resuelto; en tal caso, es probable que el terapeuta esté de acuerdo en acabar (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Dentro del mismo modelo de resolución de problemas, se plantean dos formas posibles de terminar la terapia; primero cuando el tratamiento termina y el problema ha sido resuelto, y segundo cuando el tratamiento termina y el problema no ha sido resuelto (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Por un lado existen clientes que afirman que el tratamiento ha traído ciertos cambios, pero suspender el tratamiento les intranquiliza, otros en cambio, se muestran de acuerdo y no manifiestan ninguna preocupación. A menudo, el cliente no manifiesta que se haya llegado a una solución tajante del problema, pero de todas maneras expresa el deseo de acabar el tratamiento. Hay otras clase de pacientes que ha reducido sus expectativas de curación y están dispuestos a aceptar que sólo se produzca un cambio limitado en el problema. Finalmente, unos cuantos pacientes tienen razones para dar por terminado el tratamiento que prefieren mantener en silencio, estas razones no declaradas pueden ser de diversas clases: escasez de dinero, preocupación por depender demasiado de la terapia, o un cambio de planes con respecto al problema. Si se acepta el deseo del cliente de dar por terminado el tratamiento, o bien el cliente acepta la sugerencia del terapeuta de finalizar el mismo, la despedida se produce en un clima de afabilidad, lo que no deja

de tener importancia ya que le facilita al cliente la reanudación del tratamiento en el caso de que descubra que probar por su cuenta no funciona (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Cuando un problema no ha sido solucionado, el tratamiento puede acabar de dos formas posibles: en los tratamientos con límite de tiempo, es decir, cuando se ha fijado un número máximo de sesiones, la terapia finalizará cuando hayan transcurrido las sesiones convenidas, aunque el problema siga sin solucionarse. Con frecuencia, es el cliente quien suele proponer la terminación cuando el problema no se soluciona. Por teléfono o cara a cara, el cliente manifestará su insatisfacción por el tratamiento, puede expresarlo con suavidad o puede manifestarlo de una forma más tajante, pero en los casos de este tipo, el terapeuta debe evitar a toda costa la tentación de poner en discusión la postura del cliente y presionarle para que siga el tratamiento. En vez de entablar esta batalla tan contraproducente, el terapeuta debe aceptar con prontitud el deseo de poner fin al tratamiento que manifiesta el cliente. Como mínimo, una despedida afable permitirá que el cliente se decida con más facilidad a reanudar el tratamiento si más tarde experimenta dicha necesidad (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Finalmente, a veces hay pacientes que solicitan acabar con el tratamiento cuando el problema no se ha solucionado y que paradójicamente, se muestran satisfechos con este resultado. No hay forma de saber si el paciente se encuentra insatisfecho con el tratamiento y se limita a expresarlo con cortesía, o bien si el paciente se considera suficientemente satisfecho con el resultado por modesto que parezca. En cualquiera de ambos casos, no es oportuno contradecir su deseo de finalizar, puesto que lo que lleva a un sujeto a someterse a un tratamiento es una insatisfacción significativa con la propia existencia, la desaparición de este grado de insatisfacción constituye el objetivo global y definitivo, tal como se observa, en todos los casos (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

En resumen y en palabras de John Weakland (1983):

“Nuestra idea es que los problemas persisten, porque los intentos del paciente y de los demás interesados en ocuparse del problema -y sus soluciones intentadas- son causa involuntaria de que se mantenga o exacerbe el comportamiento problemático mismo. En esta perspectiva, la solución del problema depende del abandono de estas soluciones intentadas, y el primer deber del terapeuta consiste en promover este cambio específico de

comportamientos. Como es difícil, si ya no imposible, eliminar un comportamiento, quiere decirse generalmente que el terapeuta debe promover la sustitución del comportamiento original e ineficaz como “solución” del problema por un comportamiento distinto e incompatible con el anterior. Además, puesto que la “solución” original parece siempre razonable y apropiada a quienes la intentan -se trata a menudo de una cuestión de perspectiva habitual o fundada en el sentido común- que pueda producirse un cambio de este género exigirá normalmente tanto una intervención activa como una planificación estratégica orientada a maximizar la influencia del terapeuta” (p. 4).

Seguimiento

Si la psicoterapia se va a tomar seriamente como tratamiento, no sólo como una experiencia exploratoria interesante o expresiva, su efectividad debe ser evaluada de manera confiable. Pero esto está lejos de ser fácil, y con bastante frecuencia los terapeutas sólo ofrecen impresiones clínicas generales de sus resultados, sin seguimientos de sus casos después de terminar, mientras los investigadores presentan diseños de estudios ideales que rara vez se implementan (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

Para los autores del modelo de resolución de problemas (Fisch, Weakland y Segal, 2003), el indicador más importante de éxito terapéutico consiste en una declaración del cliente según la cual él se encuentre completa o razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento. Esto puede suceder por dos causas: porque la conducta perturbada haya cambiado, o porque haya cambiado su evaluación de tal conducta, lo cual hace que ya no la considere como un problema significativo. En otros términos, se concede gran relevancia al informe que realice el propio paciente, complementado por algunos otros datos, y se considera como indicador primario de éxito: puesto que el paciente llega en tanto que individuo aquejado por una enfermedad, debe marcharse una vez que ya no se queja de dicha enfermedad.

El modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del MRI, propone hacer tres llamadas de seguimiento en un periodo de tres meses, seis meses y un año después de la última sesión, con el fin de evaluar el trabajo realizado durante el periodo de tratamiento.

“Como en todos los casos que tratamos en el proyecto, siempre hacemos evaluaciones de seguimiento tres meses y un año después de la última cita. Como nuestro

modelo se basa en la queja (a diferencia de un modelo normativo o basado en una enfermedad), juzgamos el resultado a partir de lo ocurrido con la queja original. Nos interesa saber si la persona que presenta la queja cree que el cambio ha sido significativo y, en caso de que lo crea así, hasta qué punto” (Fisch y Schlanger, 2002, p. 48).

El terapeuta intentará verificar por diversas vías la declaración del cliente, primero basándose en su propia estimación del impulso principal de las soluciones intentadas, intentará determinar un objetivo concreto de cambio de conducta, que sea incompatible con la continuidad del problema, y posterior a éste, interrogará al cliente acerca de su nueva postura en relación al problema y al cambio (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Durante el proceso de seguimiento, la directriz básica que se utiliza es la variación, ya sea en la conducta problemática, en la solución que se ensaye o en la definición del problema por parte del cliente. Una variación especialmente significativa sería que el cliente informase que ha sido capaz de hacer algo que no había logrado realizar mientras se hallaba aquejado por el problema; en cambio, no lo sería una declaración meramente genérica de que se ha producido una disminución del problema (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

En muchos casos aunque el cliente puede redefinir un problema como inexistente, probablemente no se sentirá satisfecho a menos que el problema en sí mismo haya cambiado. Para comprobar si el problema ha cambiado, o cuando el cliente lo redefine como algo que ya no es problema, buscamos una variación cualitativa que constituya el indicador más fiable de que el problema ha sido solucionado a satisfacción del cliente, ya sea que haya sido prevista con antelación como objetivo, o que dicha variación se halle en relación con cambios en la dolencia (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

“Nosotros vemos la tarea esencial de la evaluación como comparación sistemática de lo que el tratamiento propone hacer y sus resultados observables. Nuestro tratamiento apunta a cambiar el comportamiento de los pacientes en aspectos específicos, con el fin de resolver la queja principal presentada. Dada la brevedad de nuestro trabajo, la obstinación del pasado de la mayoría de los problemas presentados, y nuestra frecuente observación del cambio de comportamiento inmediatamente sigue intervenciones particulares, nos sentimos bastante seguros de acreditar los cambios observados a nuestro tratamiento. Nuestra evaluación entonces depende en las respuestas

a las dos preguntas: ¿Ha cambiado el comportamiento como se planeó? ¿Ha sido aliviada la queja?” (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

En el seguimiento del Brief Therapy Center, el entrevistador, quien no ha participado en el tratamiento, primero pregunta si el objetivo específico del tratamiento se ha alcanzado. Por ejemplo, “¿Sigue viviendo con su madre o está viviendo en su propio domicilio ahora?” Después, se le pregunta al paciente el estatus actual de la queja principal. Esto es complementado preguntando si se ha buscado alguna terapia adicional desde que terminó. También se pregunta al paciente si se han producido mejoras en áreas no tratadas específicamente en el tratamiento. Finalmente, para revisar en el supuesto peligro de sustitución de síntoma, al paciente rutinariamente se le pregunta si han aparecido algunos problemas nuevos (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977).

“Idealmente dicha evaluación podría dividir nuestros casos en dos pilas ordenadas: éxitos en el cual nuestro objetivo de cambio de comportamiento se encontró y el problema del paciente completamente resuelto, y fracasos en ambos aspectos” (Weakland et al., 1974, en Watzlawick y Weakland, 1977, p. 294).

Como vemos, el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del MRI tiene una base muy sólida con la cual puede hacer terapia, y como hemos visto hasta aquí, además está conformado por diversas teorías que le brindan una serie de ideas para tomar en cuenta la interacción, el sistema con el que está involucrado el paciente, su realidad y cómo se comunica con los sistemas en los que se encuentra; además de este modelo parten otras premisas prácticas que indican al terapeuta cómo actuar frente a los problemas de los consultantes, pero, aún hay algunas premisas que si bien son prácticas, porque el terapeuta las utiliza al enfrentar el problema, no son como tal técnicas específicas que se utilizan para cambiar el problema del paciente, sino que son premisas con las cuales el terapeuta obra, son premisas de las que el terapeuta se impregna para trabajar durante la terapia.

Aspectos que se derivan del Modelo de Resolución de Problemas del MRI

El modelo de terapia de Palo Alto tiene otras características que lo distinguen de muchas de otras terapias tradicionales. Primero, enfatiza la descripción, no el diagnóstico. Requiere que el terapeuta piense en términos de una descripción de la conducta de la queja y los intentos de

solución, el modelo “se aleja de centrarse en qué etiquetar e indeseables conductas y al contrario se centra en pensar como y en qué contexto es la conducta indeseable se lleva a cabo” (Fisch y Schlanger, 1999, en Rohrbaugh y Shoham, 2001).

Aspecto No Patológico

Según el punto de vista tradicional, el terapeuta tiene que reunir la información para realizar un diagnóstico porque lo cree necesario para saber cómo debe intervenir, y después tratará el diagnóstico. Por el contrario, el modelo de terapia breve evalúa con cuidado la conducta problemática y después trata esa conducta (Fisch y Schlanger, 2002).

Proveniente del constructivismo y de la teoría de las diferentes realidades, el modelo de Terapia Breve del MRI pretende no encasillar a los consultantes en etiquetas de diagnóstico, primeramente porque dentro de la definición teórica de un problema, de acuerdo con el modelo, este no necesariamente debe estar clasificado como alguna enfermedad que deba padecer el consultante, en segundo término, aunque el consultante adopte una etiqueta diagnóstica el terapeuta no trabajará sobre el diagnóstico sino sobre las conductas problemáticas para el mismo consultante.

Para Watzlawick (1992) quien diagnostica un trastorno psíquico llega a él exclusivamente a través de la observación del comportamiento; donde por comportamiento se ha de entender también la transmisión de información relativa al lenguaje.

En la mayoría de las terapias, es necesario hacer un diagnóstico para poder determinar el tratamiento adecuado, como una condición que debe cumplirse para poder actuar. Por el contrario, este modelo evita poner una etiqueta a una conducta no deseada y, en cambio, pretende averiguar cómo y en qué contexto se lleva a cabo la conducta no deseada, el modelo requiere que el terapeuta piense en términos de una descripción de la conducta del paciente y de los intentos de llegar a una solución. Los profesionales tienden a pasar por alto esta última idea porque las tradiciones de los métodos de curación occidentales han establecido los diagnósticos como una condición que debe cumplirse para poder actuar (Fisch y Schlanger, 2002).

Aspecto No Normativo

Derivado de la visión constructivista es la forma no normativa de ver los problemas presentados, esta forma de pensar abre varias opciones para el terapeuta (Schlanger, 2011). Con cualquier problema, no pensamos en términos normativos; es decir, no nos planteamos si una conducta se desvía de un modelo de normalidad; en cambio, lo que nos interesa es lo que el paciente considera que es un problema para él (Fisch y Schlanger, 2002).

El constructivismo está en rotunda contradicción con el criterio generalmente aceptado de la adaptación a la realidad como medida de salud o perturbación mental de una persona. Según esto se trata de un supuesto aparentemente natural de que hay una realidad “real”, es decir, objetiva, independiente del hombre, de la que las personas normales se dan cuenta más claramente que los llamados perturbados mentales, supuesto que se ha mantenido sólo en psiquiatría (Watzlawick, 1992).

El error en el que todos estamos enredados es, sin embargo, el supuesto de que una construcción de la realidad que de algún modo se ajusta, daría la certeza de que el mundo sería “realmente” así, y de que, de esta forma, se habría alcanzado una certeza y seguridad definitivas. Las posibles consecuencias de este error son graves: éstas nos inducen a declarar como falsas todas las demás construcciones de la realidad (y si es posible, a combatir las) y nos imposibilitan tomar incluso sólo en consideración realidades alternativa (Watzlawick, 1992).

En conclusión, la concepción tradicional de la terapia ha planteado que el consultante que asiste a terapia llega debido a una desviación que ha tenido de la “realidad normal” y el objetivo de la terapia es ayudarlo a devolverse de esa anormalidad, sin embargo desde esa perspectiva es difícil considerar qué debería ser lo “normal” y cómo se ha de volver lo anormal a la normalidad.

De acuerdo con Watzlawick (1992) el constructivismo sugiere en lugar de una adaptación a la realidad, una mejor adaptación a la hipotética realidad “real”, donde se coloca la mejor adaptación de la correspondiente ficción de la realidad a las metas asequibles y concretas.

Gracias a esta postura evitamos los prejuicios en torno a los pacientes, prejuicios que en muchos casos pueden resultar inapropiados y hacen que el análisis de los procesos interaccionales sea más difícil (Jackson, 1965, en Watzlawick y Weakland, 1977).

La meta de una terapia consciente de su responsabilidad y realista, no puede ser la utopía de una vida sin problemas, sino el dominio suficiente de los problemas constantes de la vida: con esto nos referimos a la capacidad de arreglárselas sencilla y llanamente con con los altibajos de la vida (Watzlawick, 1992). Una psicoterapia que difunda que no existen verdades absolutas y que la realidad es una particular construcción de cada ser humano (Ceberio, 1999).

Capítulo IV. Aproximaciones de la Investigación en Resultados de Psicoterapia

Antecedentes Históricos de la Investigación en Psicoterapia

Dado que la presente investigación tiene como objetivo analizar los resultados que se han obtenido del seguimiento de pacientes que han acudido al programa de Servicio Social desde 2012 al 2017 en una clínica universitaria, es importante enmarcar esta investigación en datos precedentes dentro de las investigaciones de resultados que han tenido lugar en la historia de la psicoterapia.

La psicología tiene, como toda ciencia, dos propósitos generales: crear leyes comprensivas sobre su objeto de estudio (ciencia básica) y tecnologías que permitan acciones eficaces (ciencia aplicada). Al mismo tiempo, estas estrategias deben tener un sustrato empírico que confirmen su eficacia mediante un proceso de investigación (Mustaca, 2004a).

A mediados de la década de 1950, después de la Segunda Guerra Mundial, la psicoterapia pasó a integrarse de forma completa y extensa en los sistemas de salud norteamericanos y británicos, y aparecieron instituciones internacionales dedicadas a la salud mental, como el caso de la World Federation of Mental Health (Federación de Salud Mental, en su traducción al español) (García, 2008).

La gran profusión que actualmente existe en psicología de escuelas teóricas, movimientos y técnicas terapéuticas asociadas a dichas escuelas, hace necesaria una revisión de hasta qué punto es beneficioso este caudal de tratamientos en el ámbito de la psicología moderna. Todo esto, unido a la creciente demanda de atención psicoterapéutica, ha llevado a comprobar el grado de eficacia que posee la psicoterapia de forma global, así como la comparación efectiva entre las diversas formas de terapias psicológicas existentes (Romero, 2004).

Desde principios del siglo XX, Pavlov, Watson y Skinner, entre otros, insistieron sobre la importancia de utilizar en psicología y sus prácticas clínicas el método de las ciencias naturales, establecido por Galileo Galilei y Leonardo Da Vinci en el Siglo XVI (Mustaca, 2004a). En esta época se plantea y se pone en duda la efectividad que tienen las psicoterapias derivado del famoso artículo de Eysenck, “The Effects of Psychotherapy: An Evaluation” (1952), este, fue el primero en cuestionarse la efectividad de las diferentes psicoterapias e intentar, asimismo, dar una respuesta

a dicho asunto. Este estudio dio lugar a una larga controversia ya que la conclusión a la que llegó afirmaba que no había evidencia de que la psicoterapia fuera más beneficiosa para los pacientes neuróticos que la ausencia de tratamiento (Romero, 2004; García, 2008).

Durante la década de los 60s y 70s la cuestión principal fue abordar qué intervenciones eran más efectivas para ciertos problemas específicos, entonces, se comparaba el grupo que recibía el tratamiento con otro grupo control (lista de espera, placebo, tratamiento rival, o tratamiento convencional) (Primero y Moriana, 2011). Entre ellos destacarían Aaron Beck y Albert Ellis, quienes adoptarían un modelo basado en las facultades racionales del paciente, el cual luego daría origen a las conocidas como terapias de orientación cognitiva (Semerari, 2003). En ese mismo periodo, en Estados Unidos, se afianzan las terapias que utilizan conceptos y prácticas provenientes de la psicología conductual, de la mano de Skinner y Wolpe, cuya tradición de investigación se había enfocado a la psicología básica del comportamiento (Mustaca, 2004b). La investigación y la práctica clínica en ambas ramas llevaron posteriormente a una progresiva fusión de sus técnicas, constituyéndose así la Terapia Cognitivo Conductual (Navarro, 1994, en García, 2008).

De acuerdo con Romero (2004), la pregunta planteada por Paul: «Qué tratamiento, en manos de quién, es el más efectivo para este individuo, con ese problema en particular y bajo qué cúmulo de circunstancias?» (Paul, 1967, p. 111), debido a su mayor especificidad, estimuló y mejoró enormemente el rigor de las metodologías de investigación y ayudó a la aparición de un cuerpo de estudios científicos, lo que supuso también un mayor rigor a nivel teórico. La investigación en psicoterapia giró en torno a la posibilidad de detectar interacciones y efectos de numerosas variables, y así se empezó a usar diseños metodológicos que incluyeran diversos grupos homogéneos de pacientes y terapeutas, varios momentos de recogida de datos y multiplicidad de medidas de cambio. El énfasis se situó en la validez interna de los estudios en vez de en la validez externa, con lo que el problema estribaba en la generalización de los resultados empíricos a la práctica terapéutica.

En 1980, Agras y Berkowits propusieron un modelo básico de investigación clínica, inspirados en los métodos farmacológicos, que configuró los requerimientos que la investigación en psicoterapias debía satisfacer (Mustaca, 2004b). Estos criterios enfatizan la necesidad de estudios factoriales con grupos experimentales y grupo control además de grupos placebo, a fin de

incorporar la mayor cantidad de variables a estudiar y a controlar, con el propósito de maximizar la validez interna de los modelos psicoterapéuticos (García, 2008).

Durante la tercera generación de estudios (años 80 y 90), mejoraron notablemente la calidad de estudios y se generalizó el uso de ensayos clínicos controlados (RCT, Randomized Controlled Trials, estudios con grupo control y asignación aleatoria de pacientes reales), meta-análisis (estudios que suman los resultados obtenidos en diversos estudios), y revisiones selectivas (explicitación de un criterio mínimo de calidad y revisión de investigaciones que cumplan el criterio, estudios bibliométricos, etc). En esta última etapa, se buscaba obtener resultados más fiables y generalizables utilizando terapeutas entrenados y manuales o guías de tratamiento, y haciendo evaluación de la adherencia, de los resultados, mejorando considerablemente la selección de pacientes reales, etcétera (Primero y Moriana, 2011).

Smith, Glass y Miller (1980, en Romero, 2004), sugirieron abordar la investigación en psicoterapia por medio de estudios meta-analíticos, estos son un procedimiento cuantitativo a través del cual se integran los hallazgos de los estudios sobre resultados de la psicoterapia. La utilización del meta-análisis en la investigación de la efectividad psicoterapéutica por parte de estos autores, reafirmó la cuestión de la eficacia global de la psicoterapia pero reanimaron la controversia sobre qué tipo de psicoterapia era más efectiva.

Utilizando este procedimiento, Luborsky, Singer y Luborsky (1975, en Romero, 2004), llegaron a la conclusión de que una gran proporción de pacientes que siguen un tratamiento psicoterapéutico se beneficia de él. Además muchas formas de psicoterapias eran efectivas y no muy diferentes entre sí. La frase más conocida al respecto de las conclusiones a las que llegaron, fue la que utilizaron citando al pájaro dodo que arbitraba una carrera en “Alicia en el País de las Maravillas”: «Todas han ganado y todas deben recibir premios», en el sentido de que todas las psicoterapias son eficaces y beneficiosas.

De acuerdo con Romero (2004), los estudios meta-analíticos, se convirtieron quizás en el procedimiento más usual para evaluar la efectividad psicoterapéutica, tanto para evaluar la eficacia global (si son efectivos respecto a los controles), como en términos diferenciales (si existen tratamientos más eficaces que otros). De esta forma, a través de estos estudios se habría demostrado que las psicoterapias son efectivas, más efectivas que el no tratamiento.

Posteriormente, desde la perspectiva específica de la psicología clínica, apareció un intento riguroso -el más serio de los emprendidos hasta el momento- para evaluar la eficacia de las terapias psicológicas. Ya no se trataba de determinar la validez de las psicoterapias en su conjunto o como aplicación a problemas psicológicos inespecíficos, como se hacía con Smith, Glass y Miller (1980), sino de evaluar tratamientos eficaces para trastornos concretos en muestras clínicas claramente especificadas (Echeburúa y del Corral, 2001).

Surgen así los Tratamientos con Apoyo Empírico (TAEs) provenientes de la medicina, disciplina desde la cual se heredó la metodología de ensayos clínicos de validación de fármacos, así como la propuesta de sistematizar y hacer accesible la evidencia (Primero y Moriana, 2011).

A iniciativa del Congreso de EE UU, se creó en 1989 una agencia federal -la Agency for Health Care Policy and Research- que tenía como objetivo determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales y establecer un directorio de las terapias de eficacia probada, con la finalidad última de mejorar la calidad del sistema de salud (Echeburúa y del Corral, 2001). En 1993, la Asociación Americana de Psicología o APA (American Psychological Association, por sus siglas en inglés), creó la Comisión sobre la Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures), con el fin de evaluar y determinar la eficacia de estos tratamientos psicológicos para diferentes tipos de trastornos psicológicos (Primero y Moriana, 2011).

A partir de ello, surgen las guías de tratamiento, en su acepción más general, son pronunciamientos, declaraciones o informes que sugieren y/o recomiendan unas líneas de intervención determinadas, así como un comportamiento específico del profesional ante diversas situaciones (Moriana y Martínez 2011).

Parte de los fundamentos que impulsaron la creación de estos organismos encargados de la evaluación de los tratamientos fueron la presión de los seguros privados y sistemas públicos de salud para evaluar el coste-beneficio, las críticas mediáticas a las psicoterapias, el avance de los tratamientos farmacológicos en competencia con los psicológicos, el incremento de los juicios por mala praxis a psicólogos y, sobre todo, conocer cuáles eran los mejores tratamientos para cada trastorno (Primero y Moriana, 2011). Además, estas “guías” servían como criterio de financiación para las compañías aseguradoras, en cuanto al tipo y duración de una terapia (Echeburúa, y del Corral, 2001).

A partir de la investigación impulsada y sistematizada por parte de las instituciones académicas y de salud, y de la progresiva complejidad que las metodologías utilizadas para la investigación desarrollaron, se logró delimitar tres criterios para evaluar los usos de las psicoterapias y encuadrar su investigación: la eficacia, entendida como la obtención del mejor resultado posible con la mayor durabilidad posible de una terapia o técnica para un trastorno específico; la efectividad, que refiere a la capacidad de una terapia de ser generalizada, es decir, ajustarse a diferentes escenarios clínicos reales, no sólo de investigación, a cuadros comórbidos, y de ser transmitida a los terapeutas; y la eficiencia, que remite a la relación costo-beneficio de las terapias, no solamente entendida en términos económicos de gestión de los sistemas de salud, sino además de los recursos humanos y los niveles de calidad de una terapia (Echeburúa y del Corral, 2001; Mustaca 2004b).

Wampold en 1997 (en Primero y Moriana, 2011), llegaba una vez más a la crítica más radical sobre la revisión de los TAEs, el “veredicto del pájaro dodo”, pues nuevamente, no había diferencias significativas de eficacia entre los tratamientos, y los beneficios terapéuticos se explican por factores comunes a los distintos tratamientos. A pesar de ello, la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas es una necesidad. En primer lugar, porque el progreso científico de la psicología clínica requiere la delimitación de las terapias eficaces, así como de los componentes activos de las mismas (Echeburúa y del Corral, 2001).

En Estados Unidos y países de Europa como España, las terapias psicológicas ya se encuentran incorporadas a los Centros de Salud Mental públicos. De este modo, la Sanidad Pública sólo debe ofertar terapias eficaces y, en igualdad de condiciones, breves; es decir, acortar el sufrimiento del paciente y ahorrar gastos y tiempo a los centros parecen objetivos prioritarios (Echeburúa y del Corral, 2001; Mustaca, 2004a; Romero, 2004; García, 2008; Primero y Moriana, 2011).

Dicho contexto determina la incorporación, por un lado de los parámetros estadísticos a la investigación en psicoterapias con el objetivo de poder obtener datos de grandes poblaciones y organizar recursos materiales y humanos y, por otro lado, enfatizar la importancia de un entrenamiento adecuado para psicólogos y psiquiatras a fin de optimizar la respuesta terapéutica de éstos (García, 2008).

Como una posible respuesta a las críticas de las pocas o nulas diferencias significativas de las psicoterapias, Plaud, Eifert y Wolpe (1998, en Primero y Moriana, 2011), señalan que la individualización del tratamiento y el uso de manuales no son necesariamente incompatibles, de hecho, un creciente número de manuales proponen la implementación flexible, y ya hay, en la actualidad, muchos aspectos individualizados en los manuales (por ejemplo, la construcción de las jerarquías de ansiedad).

Una solución señalada por Primero y Moriana (2011), sería la de flexibilizar los manuales, subdividirlos en módulos que se aplicarían según la evaluación del caso, y continuar investigando modelos específicos para cada clase de conducta problema, que puedan guiar las intervenciones de forma flexible y focalizada en el caso particular. Dicha flexibilidad no debería implicar una pérdida de eficacia, sino todo lo contrario: una mayor sensibilidad a los factores individuales de los tratamientos, y una mejor comprensión de los principios de cambio (en vez de focalizarse únicamente en técnicas y procedimientos).

El panorama que actualmente existe y las conclusiones que hasta el momento se han extraído de la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia, pueden resumirse en los siguientes puntos (Romero, 2004):

- La psicoterapia es efectiva. Muchos tipos y formas de psicoterapia han demostrado ser efectivas.
- La psicoterapia es más efectiva que los tratamientos placebo.
- La mayoría de los pacientes que mejoran en psicoterapia mantienen la mejoría durante periodos extensos de tiempo.
- Algunas intervenciones del psicoterapeuta tienen efectos negativos sobre determinados pacientes.
- Se cree que entre los agentes que promueven el éxito de la psicoterapia, las técnicas contribuyen en una pequeña proporción, superadas ampliamente por los factores denominados comunes que incluyen las variables del cliente, las del terapeuta y, especialmente, las de la relación terapéutica. No obstante, aún hoy algunos autores (Villegas, 1990, en Romero, 2004), consideran que estos factores comunes (variables del paciente, del terapeuta y de la relación) no ofrecen conclusiones claras.

- Otro hecho a tener en cuenta es que los resultados beneficiosos de la psicoterapia parecen perdurar en el tiempo una vez que se ha finalizado la terapia.

Hasta el momento, ninguna psicoterapia ha demostrado tener diferencias significativas en comparación a las demás, todas tienen una eficacia similar; es decir, ninguna orientación ha demostrado, claramente, ser más efectiva que las demás.

Lo cierto es que, si bien en términos generales la comunidad de profesionales e investigadores en el ámbito de la psicoterapia aceptan el carácter efectivo de la/s psicoterapia/s, se ha de continuar profundizando en este terreno proponiendo nuevos estudios y continuando con investigaciones que, de una forma seria y lo más aséptica posible, estudien no sólo el si la psicoterapia funciona, sino sobre todo el cómo funciona y el por qué funciona (Romero, 2004).

En una línea de investigación prácticamente superada, en el sentido en el que una vez admitida la efectividad global de la psicoterapia y la similar efectividad de los diferentes modelos, a pesar sus diferencias teóricas, lo que interesa hoy es descubrir los elementos que hacen efectivas a las psicoterapias, entendidas como un proceso basado en la relación entre el terapeuta y el paciente en pos de la cura (Romero, 2004).

Una característica común a los distintos tratamientos es la presencia de comportamientos (públicos y privados) realizados por el cliente y por el terapeuta, orientados a un objetivo, y guiados (al menos en parte) por un modelo teórico (el concepto de “relación terapéutica” está implícito en esta descripción, pues se refiere a un subconjunto de los comportamientos del cliente y el terapeuta) (Primero y Moriana, 2011).

Como Frank (1973, en Romero, 2004) y Shapiro (1971, en Romero, 2004) argumentaron, ya que todas las culturas tienen formas de terapias que son aceptadas como válidas dentro de sus sociedades y debido a que todas las formas de terapia muestran aproximadamente el mismo nivel de efectividad, las similitudes entre esas técnicas sean probablemente más importantes que sus particularidades.

De esta forma, en contraposición a la investigación de resultado entendida como el estudio del cambio registrado fuera del contexto de la sesión de terapia (y no estudiada durante la sesión y a través de la interacción terapeuta-paciente) y definida como «el intento de determinar si el paciente ha mejorado de forma significativa, en el sentido estadístico, entre el comienzo y el final de una terapia» (Greeberg y Pinsof, 1986, p. 5, en Romero, 2004), deja su paso a la investigación del proceso terapéutico.

Los Factores Comunes

Lo que llega a la mesa de discusión actual es entonces, el proceso del cambio, tratar de explicar por qué se ha producido ese cambio. Es comúnmente aceptado que en el proceso terapéutico existen unos factores inespecíficos, a veces denominados factores comunes, y que en realidad son aquello para lo que no tenemos explicación. Los elementos inespecíficos son todos aquellos elementos de la actividad terapéutica que no son reconocidos como los elementos activos en el proceso de cambio desde la técnica terapéutica aplicada, pero que actúan de manera sinérgica con ella (Botella, 2000). Así, los factores no específicos podrían ser los agentes curativos en esas terapias más que los específicos componentes activos a los que se le ha tradicionalmente se les han atribuido los cambios (Romero, 2004).

La conocida hipótesis de los factores comunes propone que todas las psicoterapias efectivas comparten ingredientes activos que son instrumentales en el cambio terapéutico (Romero, 2004). El reconocimiento de la “parcialidad” de la influencia del modelo teórico se debe a que existen comportamientos no planificados conscientemente (como consecuencia de aspectos idiosincrásicos del terapeuta y el cliente, así como del entorno de ambos), que pueden influir de forma beneficiosa o perjudicial respecto a los objetivos del tratamiento (Primero y Moriana, 2011).

Siguiendo a Garske y Jay Linn (1988, en Romero, 2004): Aunque los factores específicos están asociados con enfoques terapéuticos diferentes, éstos no aumentan el resultado del tratamiento más que los factores que tienen en común los diversos enfoques. En este sentido, los factores específicos son los que hacen reconocible a una determinada terapia pero son inocuos respecto a los resultados que obtiene dicha terapia a la hora de abordar los problemas de los pacientes. Muchos factores aparentemente específicos son factores comunes enmascarados. Es decir «las terapias hacen cosas similares por vías aparentemente únicas».

La experiencia del terapeuta es un factor que se relaciona con la mejora de la alianza terapéutica en sus aspectos de acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a las metas y tareas terapéuticas, pero no en el del establecimiento de un vínculo afectivo entre ambos (Botella y Feixas, 1994, en Romero, 2004).

Según Lambert, 1986 (en Corbella y Botella, 2004, en Barros y Matamoros, 2009), prácticamente el 40% del cambio se debe a las propias características del paciente, un 30% a los

factores comunes a todas las terapias (empatía, relación, apoyo y confrontación de emociones), un 15% al efecto placebo (expectativas del paciente de que la psicoterapia le será de ayuda) y el 15% restante a las técnicas específicas de cada enfoque.

Este nuevo modo de abordar la investigación en psicoterapia se centra en describir y explicar de forma amplia los mecanismos del cambio terapéutico, cosa que no podía realizarse desde la investigación de resultado que se utilizaba con la intención de extraer conclusiones acerca de la eficacia de una psicoterapia sometida a experimentación, comparándola con un grupo control o con otro tratamiento. Sin embargo, la investigación de proceso supone, describir, explicar y predecir los cambios que se dan en el contexto de la psicoterapia (Romero, 2004).

Diversas investigaciones como la desarrollada por Orlinsky et al., 1994 (en Santibáñez et al., 2006, en Barros y Matamoros, 2009) han encontrado evidencia respecto a la importancia de variables inespecíficas como la relación terapéutica, y particularmente la alianza terapéutica como componentes que tienen gran influencia sobre el resultado del proceso psicoterapéutico.

De acuerdo con Echeburúa y del Corral (2001), la evaluación de los resultados de las terapias psicológicas (es decir, del grado de eficacia) no debe soslayar la necesidad de evaluar el proceso de las mismas: cómo funcionan y a qué tipo de factores se puede atribuir el cambio de comportamiento. Asimismo, tampoco se puede desatender al peso específico de las características personales del terapeuta en el resultado final de la terapia. Ante la constatación empírica de que hay una gran variabilidad en los logros obtenidos de unos terapeutas a otros, al margen de las técnicas terapéuticas utilizadas, el perfil personal idóneo del clínico requiere estudios más precisos.

De acuerdo con Castro (2002), los terapeutas no son máquinas que administran paquetes de tratamiento, sino que aportan otra cantidad de características subjetivas, difieren en sus valores, actitudes, creencias y expectativas acerca de los pacientes más su propia cosmovisión o filosofía terapéutica.

De esta forma se llega a la resolución de que más que los aspectos técnicos de las psicoterapias, hay que ir empezando por atender a factores como las variables del cliente, del terapeuta y de la relación terapéutica, pues parecen ser los que contribuyen considerablemente al resultado global de la psicoterapia (Romero, 2004).

Krause et al., (2006, en Barros y Matamoros, 2009) mencionan que ya en el año 1985, Luborsky, McLellan, Woody, O'Brian y Auerbach hicieron referencia a la alianza terapéutica como un factor clave del éxito de la terapia. Antes de ellos, Kiesler en 1973 (en Romero, 2004), es uno de los primeros en aportar una primera aproximación acerca de la investigación del proceso psicoterapéutico entendido como proceso, cualquier hecho que tenga lugar dentro del contexto de la sesión terapéutica y que se relaciona con la conducta de terapeuta y paciente. De aquí se deriva que por resultado se entiende todo lo que tenga que ver con la eficacia de una terapia determinada, lo cual se ha valorado utilizando comparaciones pre-post (comparando como estaba el paciente antes de iniciar el tratamiento y al finalizarlo, así como durante el seguimiento).

Respecto al inmediato futuro, los enfoques terapéuticos basados en la resolución de problemas del aquí y ahora parecen desempeñar un papel importante en el desarrollo de los nuevos avances. De este modo, lo que puede explicar la eficacia similar de la terapia cognitiva y la terapia interpersonal en el tratamiento de la depresión es el acento puesto por una y otra en la estrategia de solución de problemas (Marks, 1992, en Echeburúa y del Corral, 2001).

Evaluación al Final del Tratamiento

Una vez vistos estos hechos que anteceden a las actuales investigaciones en psicoterapia cabría hacer una última distinción al respecto y es que a pesar de que en la actualidad se acepta como razonablemente demostrada la evidencia de efectividad genérica de la psicoterapia si se la compara con la ausencia de tratamiento (2004, Romero); históricamente se ha asociado esta efectividad medida a través de los resultados recogidos tras la aplicación de inventarios de medición al final de la última sesión de la mayoría de los tratamientos (pre-tests y post-tests), considerando que el “resultado” es aquel que el paciente reporta sólo unos minutos después de finalizar esta última sesión, dejando a un lado la evaluación del mismo resultado meses después de la terapia.

En un primer plano se tomaba en cuenta una investigación sencilla para evaluar la psicoterapia, seguido del uso de metodologías cada vez más sofisticadas que llevó a los ensayos clínicos controlados como lo que sería el estándar de investigación; no obstante esto trae como consecuencias el sesgo a cierto tipo de psicoterapias que se ajustan a este estándar. Por

consiguiente esto nos conduce a ampliar la perspectiva de cómo evaluar los resultados de la psicoterapia.

Abandono y Seguimiento Terapéutico

Otro aspecto a considerar, derivado de mirar el resultado de los tratamientos únicamente al final del tratamiento y, particularmente porque se relaciona con la presente investigación, es la del abandono terapéutico. Aunado a la eficacia o eficiencia de un tratamiento o sus resultados, no perdamos de vista que muchas de las investigaciones hablan de pacientes que probablemente terminaron un tratamiento considerado como “completo”, sin embargo no sabemos si dentro de las mismas se consideran los casos que llegan a abandonar dichas investigaciones, algunas los reportan, pero al ser tratados como “abandonos” se dejan a un lado y terminan por ser descartados de las investigaciones.

Es común observar que la literatura psicológica suele recoger datos positivos, nunca negativos, de sus resultados, lo que equivale a decir que está interesada en solo una parte de la realidad del proceso terapéutico (Porcel, 2005).

Usualmente se toma el resultado de tratamiento a partir sólo del resultado de la última sesión y aquí se excluye la posibilidad de un reporte del resultado de esa última sesión de quien abandonó concluyendo así automáticamente un fracaso.

Es una realidad que los abandonos terapéuticos se producen con relativa frecuencia, de hecho, en la literatura científica no suelen publicarse los casos que terminan en fracaso o en abandono (Gavino y Godoy, 1993). Cuando se aborda el tema del abandono terapéutico, se encuentran diferentes términos que hacen referencia al proceso de no culminación del tratamiento, entre ellos prevalecen los de terminación prematura o temprana y deserción (Moreno et al., 2012).

Gavino y Godoy (1993) definen la situación de abandono terapéutico como una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos. Sin embargo cuando entramos en análisis más finos sobre dicho concepto comienzan a proliferar los diferentes acercamientos al mismo (Porcel, 2005).

Esa interrupción puede producirse de varias maneras: el paciente deja de acudir al tratamiento sin previo aviso; interrumpe el tratamiento dando una explicación al terapeuta: o

simplemente, ambos, terapeuta y paciente, están de acuerdo en la interrupción. Así pues, se puede plantear que existen distintos tipos de abandono, algunos se consideran fracasos y otros reciben nombres con connotaciones menos negativas (Gavino y Godoy, en Porcel, 2005).

Las encuestas de pacientes fuera de psicoterapia han encontrado repetidamente que muchos de los pacientes se quedan en tratamiento por un corto tiempo, muchos pacientes asisten sólo a una sesión, y el número promedio de sesiones es sólo de tres a seis. Es ampliamente asumido que los pacientes abandonan temprano porque están disconformes con el tratamiento que han recibido (Talmon, 1990).

“Efectivamente cuando se interrumpe un tratamiento, la mayor parte de las veces, se considera un fracaso, a no ser que los motivos sean ájenlos a la terapia, un cambio de ciudad del paciente, por ejemplo” (Gavino y Godoy, 1993, p. 513).

Una mirada más cerca a estos abandonos de todas las formas de psicoterapia, sin embargo, revelan que muchos de los pacientes que renuncian después de una sola entrevista lo hacen porque han alcanzado lo que pretendían y eso, en promedio, dichos pacientes reportan tanta mejora como aquellos que se quedan en el curso prescrito. En suma, es probable que el porcentaje de fracasos sea mayor cuando la terapia de única sesión no es anticipada o planificada por el terapeuta, todos los pacientes de una sola sesión se consideran automáticamente fracasos, ya que se ven como casos de fracaso pacientes que abandonan prematuramente el tratamiento. Sin embargo, abandonar simplemente significa que el paciente finalizó el tratamiento antes de lo que el terapeuta percibió como apropiado (Talmon, 1990).

Gracias a la teoría de los factores comunes se ha dado un cambio en la forma de evaluar los tratamientos psicoterapéuticos, que si bien se han centrado en enfatizar la alianza terapéutica, que es el factor no técnico; sino común, que comparten todas y cada una de las terapias, han diversificado la atención de las variables para considerar los resultados de los tratamientos. En comparación con los estudios clásicos o tradicionales de resultados, los estudios de proceso consideran características que ya no tienen que ver únicamente con el resultado medido al final de un determinado tratamiento, sino con características que tienen que ver con el paciente y terapeuta; y apoyándose en el seguimiento para conocer todo el proceso que se da en la terapia, no solamente cuando termina sino también cuando se da la reinserción de la persona en su vida cotidiana (Vargas, comunicación personal, 2022).

Existen diversos autores que han incluido el seguimiento de los resultados como un factor importante:

“Respecto al momento más adecuado para evaluar, de acuerdo con Castillo y Potch, (1991, en Romero, 2004, p. 145) como mínimo deben existir dos momentos de evaluación del paciente: al comenzar y al finalizar el tratamiento, pero también es conveniente realizar evaluaciones mientras se está aplicando el tratamiento con el objetivo de comprobar la rapidez de la mejoría, la secuencia de la remisión de los síntomas, así como la posibilidad de realizar predicciones sobre el proceso de cambio. También es acertado efectuar un seguimiento con el fin de observar la durabilidad de los efectos conseguidos”.

De acuerdo con Keisler (1973, en Romero, 2004, p. 156), “proceso es entonces, cualquier hecho que tenga lugar dentro del contexto de la sesión terapéutica y que se relaciona con la conducta de terapeuta y paciente. De aquí se deriva que por resultado se entiende todo lo que tenga que ver con la eficacia de una terapia determinada, lo cual se ha valorado utilizando comparaciones pre-post (comparando como estaba el paciente antes de iniciar el tratamiento y al finalizarlo, así como durante el seguimiento)”.

De acuerdo con Kupler (1991, en Echeburúa y del Corral, 2001, p. 1), no se puede entender el significado de la mejoría terapéutica sin aludir a los distintos momentos del proceso de intervención. En concreto, la reacción de un paciente a un tratamiento, sea éste psicológico o psicofarmacológico, pasa por diversas fases:

- a) Respuesta: reducción de los síntomas en, al menos, el 50% de los presentados al inicio del tratamiento.
- b) Remisión: disminución significativa de los síntomas, con retorno a un nivel de funcionamiento normal. Ya no se cumplen los criterios diagnósticos del cuadro clínico.
- c) Recuperación: remisión mantenida durante un período de 6-12 meses.
- d) Recaída: aparición de sintomatología durante la remisión o durante la recuperación.

e) Recurrencia: aparición de sintomatología después de la recuperación. Este fenómeno aparece con frecuencia en las enfermedades crónicas, como en ciertos tipos de depresiones o de trastornos psicóticos.

Sólo se puede hablar, en sentido estricto, de mejoría terapéutica, referida a la eficacia de una terapia en un paciente, cuando éste se encuentra en la fase de recuperación (Echeburúa y del Corral, 2001).

De hecho, y como planteábamos en la parte de seguimiento en el capítulo anterior, el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas plantea desde su comienzo al seguimiento como un factor importante del resultado del proceso de terapia:

“Si la psicoterapia se va a tomar seriamente como tratamiento, no sólo como una experiencia exploratoria (...), su efectividad debe ser evaluada de manera confiable. Pero esto está lejos de ser fácil, y con bastante frecuencia los terapeutas sólo ofrecen impresiones clínicas generales de sus resultados, sin seguimientos de sus casos después de terminar, mientras los investigadores presentan diseños de estudios ideales que rara vez se implementan” (Weakland et al., 1974, p. 294).

Si nosotros consideramos solamente el resultado hasta el final del tratamiento, no estaríamos evaluando la totalidad del proceso del tratamiento, tomar en cuenta el proceso implicaría recuperar los resultados en un periodo de tiempo. Si pensamos que el proceso es más largo, evaluar entonces el tratamiento no puede ser solo en la respuesta final del tratamiento, sino al desarrollo del proceso a lo largo de lo que sería la expectativa de la persona los siguientes meses.

“... pensamos que lo suficiente se ha logrado para terminar, pero esto no es cierto; sólo puede ser realmente juzgado por cómo la experiencia actual de vida pasa por un periodo de tiempo” (Weakland, et al., 1974, p. 293).

La Terapia de Única Sesión (One Single Session)

En la Terapia de Única Sesión, el autor, Moshe Talmon (1990), supone que la mayoría de los pacientes ambulatorios, en virtud de que están funcionando en la comunidad, tienen poderes considerables de recuperación espontánea, así como la capacidad de resolver sus problemas. Casi todos los pacientes pertenecen a una red social y la interacción con otros miembros de esa red

puede contribuir de manera importante al sufrimiento y la discapacidad de los pacientes y, por la misma razón, a su proceso terapéutico.

Talmon (1990) asume que dado que los humanos son criaturas pensantes que ensayan los encuentros con anticipación, interpretan los significados de los encuentros mientras ocurren y reflexionan sobre sus implicaciones en retrospectiva, los procesos terapéuticos pueden estar operando no solo durante la sesión de tratamiento oficial, sino durante todo el tiempo ya que el paciente está mentalmente en contacto con la situación de tratamiento. Así, la Terapia de Única Sesión es definida como una reunión cara a cara entre un terapeuta y un paciente sin sesiones previas o posteriores dentro de un año.

Moshe Talmon tuvo una formación principal en psicoanálisis en Israel y posteriormente se formó como terapeuta breve integrando la Terapia Centrada en Soluciones y el Modelo de Resolución de Problemas del BTC, por tanto, no es de sorprender que enfatice la interacción como un recurso fundamental para la resolución de problemas de la gente.

Trabajando en el departamento de Psiquiatría en el Centro Médico Kaiser Permanente, Talmon (1990), estudió 100.000 citas ambulatorias programadas durante un período de cinco años (1983-1988) y encontró que la frecuencia de Terapias de Única Sesión era extremadamente consistente. La información analizada reveló que la orientación terapéutica de los terapeutas no tenía impacto en el porcentaje de terapias de una sola sesión en su práctica total. De hecho, los clientes de sesión única no enfrentaron problemas más simples. Entre los clientes de sesiones únicas había grandes bebedores, abusadores de drogas duras y personas que enfrentaban eventos severos y estresantes como violencia en la familia, muerte y divorcio reciente (Talmon, 1993).

La alta frecuencia de Terapia de Única Sesión ha sido bien documentada durante un periodo de más de treinta años en una variedad de lugares. Kogan (1957a, 1957b, 1957c, en Talmon 1990), examinó los registros de todos los nuevos clientes en la División de Servicios Familiares en Nueva York por un periodo de un mes en 1953. De 250 nuevos casos, 141 (56%) fueron cerrados después de una entrevista. Spoerl (1975), examinando los registros de una clínica de salud mental dando servicio privado a una Organización de Salud Mental, encontró que el 39% de 6,708 clientes vistos en 1972 sólo hicieron una visita a la clínica a pesar de la completa cobertura financiera por las primeras 10 visitas. Bloom (1975), estudió el sistema del servicio de entrega de salud mental, tanto público como privado en Pueblo, Colorado, por un periodo de dos años (1969-1971) y encontró que el 32% de 1,572 pacientes ambulatorios admitidos fueron vistos por una sola sesión. Koss

(1979) encontró que el rango de abandono en una muestra de pacientes de práctica privada era consistente con la vista en la población clínica. En el condado de Prince William, Virginia, la Comunidad de Servicios de Salud Mental ve 80% de sus pacientes por una sola sesión (Rita Morano, comunicación personal, 1989, en Talmon, 1990).

Después de revisar las estadísticas de la Terapia de Única Sesión, Talmon indagó en más variables subjetivas, preguntando a los terapeutas de Kaiser Permanente comentarios sobre sus propios casos de una sola sesión.

Ellos vieron a sus pacientes que no se presentaron para una segunda cita como abandonos y los describieron con términos como “resistencia”, o “falta de motivación para el cambio”.

La literatura psicológica tiene muchas referencias a los abandonos del tratamiento pero muy pocas planificadas Terapias de Única Sesión. Muchos de los investigadores se centran en el lado negativo de este fenómeno. Intrigado por lo que había encontrado Talmon (1990), decidió llamar a todos los pacientes que había visto por una sola sesión (a menudo una no planeada). El 78% de 200 pacientes que había llamado dijeron que habían obtenido lo que querían de una única sesión y se sintieron mejor o mucho mejor sobre el problema que los llevó a buscar terapia.

Bernard Bloom (1981, en Talmon, 1990), del Departamento de Psicología en la Universidad de Colorado, Boulder, condujo el único estudio detallado en el proceso terapéutico planeado de Terapia de Única Sesión. Vio a 10 pacientes en un centro de salud mental de la comunidad local para entrevistas de dos horas. Todos los casos fueron satisfactoriamente concluidos, con la puerta abierta para que los clientes regresaran si hubiera la necesidad. Bloom llamó a sus pacientes dos meses después y encontró que todos lo estaban haciendo muy bien, casi todo habían encontrado útil la intervención, y sólo uno había buscado ayuda adicional. Bloom, resumió sus hallazgos de la siguiente manera:

“Los encuentros de Una Sola Sesión entre profesionales de la salud mental y sus clientes son resarciblemente comunes. No solo se subestima su frecuencia, sino que, lo que es más importante, su impacto terapéutico también parece estar subestimado” (1981, en Talmon, 1990, p. 10).

Silverman y Beech (1979, en Talmon, 1990), estudiaron los abandonos en un centro comunitario de salud mental y concluyeron que “la noción de que los abandonos representan el fracaso del cliente o del sistema de la intervención es claramente insostenible. Casi 80% de los clientes entrevistados reportaron que sus problemas se habían resuelto, 70% reportaron

satisfacción con los servicios prestados, y se cumplieron la mayoría de las expectativas de los clientes del centro” (p. 240).

Tal como lo resumieron las principales autoridades en investigación en psicoterapia, existe una considerable evidencia acumulada que sugiere que los contactos terapéuticos breves tienen un impacto clínico significativo y duradero. La conclusión más clara es que más no es necesariamente mejor (Talmon, 1993).

En conclusión, y lo importante de centrarse en estos resultados, es que considerar sólo el resultado que se obtiene al final de una sesión no necesariamente es la realidad del paciente, puede que exista un cambio, pero también existe la posibilidad de que el problema no evolucione, por una parte puede mantenerse igual y por otra puede mejorar o incluso empeorar. Sin embargo el que existan altas tasas de abandono del tratamiento no significa que dichos pacientes que desertaron de la terapia hayan empeorado o fracasado.

En contraposición a los tratamientos tradicionales de psicoterapia, los modelos de terapia breve han encontrado que la gente usualmente deja de ir al tratamiento terapéutico después de 6 sesiones (Talmon 1990), en el seguimiento es observado que hay un porcentaje importante de pacientes que abandonan, al menos en estos modelos de terapia, debido a que ya no necesitan la atención, la atención ya no es justificada para ellos y sencillamente dejan de ir.

Finalmente, la investigación en psicoterapia, de manera más amplia, ha mostrado que necesitamos tomar en cuenta lo que sería el proceso que sigue después de la finalización del tratamiento, tomar los resultados al final del tratamiento no es lo más deseable, pues este dato no representa si el tratamiento es efectivo o no. Esto nos podría llevar a redefinir, recategorizar o simplemente pensar o considerar que hay diferentes formas de entender los abandonos, más que solamente decir que el resultado funcionó o no funcionó.

En resumen, existen dos cortes de estudios de resultados; aquellos que consideran que el resultado del tratamiento es aquél que el paciente reporta justo al final de la última sesión del tratamiento que podría considerarse como “completo” y aquellos que consideran tomar el resultado de tratamiento como el proceso completo, incluyendo el reporte del final del tratamiento y el reporte del resultado durante el seguimiento que se realiza cuando se da la reinscripción de la persona en su vida cotidiana.

A continuación se presentan las investigaciones de corte sistémico que han obtenido sus resultados a partir de los seguimientos y tomando en consideración las premisas anteriores, el seguimiento como una forma de evaluar la mejoría de los pacientes.

La Investigación en Psicoterapia del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas

En Estados Unidos, como ya hemos mencionado anteriormente, existe la creencia de que los pacientes necesitan terapias de larga duración y esto ha llevado a asociar que mientras más larga la duración de la terapia, mejor se sentirá el paciente/cliente. Algo que habría que considerar sobre Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas es que, a diferencia de otros modelos de psicoterapia, este inició como un proyecto de investigación sobre cómo poder abreviar la terapia. El Centro de Terapia Breve en el MRI era ya lugar de investigación desde su fundación (Chubb, Nauts, y Evans, 1984). Por lo tanto las investigaciones relacionadas al modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas nacen desde la creación del modelo mismo, desde su creación en 1966 y su desarrollo hasta nuestros días.

Para 1974, en un artículo para la revista *Family Process*, Weakland, Fisch, Watzlawick, y Bodin (Watzlawick y Weakland, 1977), publican los resultados de su trabajo durante un periodo de seis años, únicamente dos años después de la creación del Centro de Terapia Breve. El Centro, operando un día a la semana, había tratado 97 casos en los cuales 236 individuos fueron vistos.

“Estos 97 casos nos llegaron a través de una variedad considerable de fuentes de referencia y no se realizó una selección deliberada. Como resultado, aunque probablemente la mayoría de nuestros casos involucran problemas maritales y familiares bastante comunes, la muestra cubre una amplia gama en general. Hemos tratado con pacientes blancos, negros y orientales de 5 a más de 60 años, desde beneficiarios de asistencia social hasta los muy ricos, y con una variedad de problemas tanto agudos como crónicos. Estos incluían dificultades escolares y laborales; crisis de identidad; problemas maritales, familiares y sexuales; delincuencia, alcohol y problemas de alimentación, ansiedad, depresión y esquizofrenia. Independientemente de la naturaleza o la gravedad del problema, cada caso se ha limitado a un máximo de diez sesiones de una hora, generalmente a intervalos semanales. En estas circunstancias, nuestro tratamiento ha tenido éxito,

en términos de lograr objetivos limitados pero significativos relacionados con las principales quejas de los pacientes, en alrededor de las tres cuartas partes de estos casos...” (Weakland et al., 1974, p. 275).

A pesar de haberse preocupado por la evaluación sistemática de los resultados desde el comienzo de su trabajo, Weakland et al., (1974, en Watzlawick y Weakland, 1977), afirman que su método de evaluación, para el tiempo en el que su artículo fue publicado, fue simple y con ello evitando la dependencia de elaboradas manipulaciones e interpretaciones de masas de datos o la elaboración de inferencias teóricas.

Weakland et al. (1974, en Watzlawick y Weakland, 1977), propusieron la evaluación como una comparación sistemática de lo que el tratamiento propone hacer y sus resultados observables. Para esto, durante el seguimiento, el entrevistador había preguntado si el objetivo específico del tratamiento se había alcanzado, después se preguntó el estatus actual de la queja principal, posteriormente se preguntó si se había buscado alguna terapia adicional desde que finalizó el tratamiento y si se habían producido mejoras en áreas no tratadas específicamente durante el proceso y finalmente para revisar en el supuesto peligro de sustitución de síntoma, se preguntó si habían aparecido algunos problemas nuevos.

Para el propósito más limitado e inmediato de evaluar la utilidad general de este enfoque, los autores clasificaron los casos de acuerdo con los resultado prácticos: (a) completo alivio de la queja presentada (éxitos); (b) claro y considerable, pero no completo, alivio de la queja (mejoras significativas) ; y (c) poco o ningún cambio de este tipo (fracasos). Los resultados de este estudio para los 97 casos con un promedio de 7 sesiones fueron: 39 casos de éxito (40%), 31 casos de mejoras significativas (32%) y 27 casos de fracaso (28%).

Este estudio presenta ya características que van a repetirse en la mayoría de las investigaciones posteriores: se trata de un diseño sólo post, sin grupo de control, y con una medida de resultados clínicamente coherente pero discutible desde un punto de vista metodológico. Además, el rechazo del diagnóstico tradicional llevó a Weakland y su equipo a no describir la muestra analizada, constatando simplemente que cubría "todo el abanico de problemas psiquiátricos" (Beyebach y Rodríguez, 1994).

Weakland et al., (1974, en Watzlawick y Weakland, 1977), llegan a la conclusión de realizar más investigaciones clínicas, ya que si bien, habían quedado algunos problemas en las definiciones de objetivos durante el tratamiento o una evaluación más rigurosa, sus resultados ya daban evidencia considerable para la utilidad de esta concepción general de los problemas humanos y su manejo práctico. Además, el potencial del modelo puede incluir la reducción en la duración usual de tratamiento y un incremento correspondiente en el número de pacientes tratados, sin ningún sacrificio de la efectividad. De hecho, este enfoque da una promesa de una efectividad más que ordinaria con una variedad de problemas, tales como desorden de carácter, dificultades maritales, psicosis y problemas crónicos generalmente. Además, no está restringido a pacientes altamente educados ni articulados de clase media sino que es aplicable a pacientes de cualquier clase y contexto educacional.

En una publicación posterior, Lynn Segal expone los resultados obtenidos durante los 13 años de funcionamiento del Centro de Terapia Breve del M.R.I. de Palo Alto (Segal, 1980, en Beyebach y Rodríguez, 1994). La muestra -que tampoco está bien descrita- incluye los 97 casos anteriores y se eleva ya a un total de 148. Los seguimientos es esta ocasión se realizan a los 3 y 12 meses. Se consideran éxito un 36% de los casos, un 26% se codifica como "mejoría" y el 38% restante se considera "no cambio", no detectándose ningún caso de deterioro (Beyebach y Rodríguez, 1994).

A partir de este momento en la historia, diversos autores se entrenarían en las instalaciones del Centro de Terapia Breve dentro del MRI, y con ello darían pie a nuevas investigaciones que continuarían el trabajo de Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin y con ello expondrían la utilidad del modelo, su eficacia y su eficiencia.

En un estudio en Kaiser Permanente, una clínica en California, Chubb, Nauts y Evans (1984), presentan las estadísticas que obtuvieron trabajando con el modelo del BTC a unos meses de comenzar a operar. Dicha clínica abrió con una población de servicio de alrededor de 40,000, para finales de mayo había una lista de espera de alrededor cuatro semanas para casos no urgentes. Durante los primeros cuatro meses y medio, los terapeutas respondieron a 442 solicitudes de ayuda, un promedio de 8.2 nuevas citas por terapeuta por semana. Cada terapeuta trabajó en promedio 23.5 horas en una semana, es decir; los terapeutas breves manejan hasta tres veces más casos que los terapeutas en clínicas similares cercanas, sin un mínimo de quejas y sin lista de

espera. Considerando así que este enfoque se mantiene muy bien a las demandas prácticas de una clínica ocupada, ofreciendo una alternativa a la terapia de larga duración y una alternativa a la visión tradicional de que toda la familia deber ser vista para que ocurra un cambio efectivo.

En otro estudio realizado por los mismos autores (Chubb y Evans, 1990) sobre los centros comunitarios de salud mental, usando el modelo de Terapia Breve del BTC en Palo Ato, logró una sorprendente eficiencia del terapeuta y accesibilidad a la clínica mientras se mantiene reportada una alta satisfacción del cliente y una buena calidad de atención. La clínica promedió 834 pacientes separados por terapeuta, comparado con el promedio regional de 456 pacientes. El personal promedió 23,82 horas de paciente programado y 6,15 pacientes nuevos programados por semana de 40 horas. Durante la mayor parte del período, estuvieron presentes uno o dos internos de psicología. Estos internos manejaron 456 horas de contacto con pacientes y vieron 164 pacientes nuevos, alrededor del 5% del total, sin supervisión en vivo, nunca se tuvo una lista de espera. Por el contrario, el Centro X, una clínica cercana a Kaiser Permanente que atiende a aproximadamente el doble de la población de suscriptores de Pleasanton, tenía el equivalente de 22 terapeutas de tiempo completo. Practicando una terapia ecléctica-psicodinámica más tradicional, los terapeutas probablemente promediaron tres horas más de contacto con el paciente por semana, pero vieron menos de la mitad de pacientes nuevos.

A pesar de la falta de rigurosidad metodológica que se pueda presentar en estos dos estudios - hablando en términos de la falta de de grupos control o listas de espera que se comparen con el grupo en tratamiento y así se pueda determinar cierta eficacia del tratamiento - los resultados que ofrecen son bastante favorables sobre la satisfacción de los clientes y bastante eficiente en función de la atención de pacientes por terapeuta. Es de entender que no existan datos sobre el seguimiento de los pacientes atendidos pues, debido a factores administrativos y/o económicos, la investigación sobre la resolución del problema de cada paciente a lo largo del tiempo se vuelve imposible, tanto por la demanda de nuevos pacientes como por los acuerdos laborales que tengan los terapeutas dentro de las clínicas. También es probable que muchos centros de salud no cuenten con un área designada específicamente para la investigación sobre el seguimiento de pacientes, ya sea también por falta de recursos económicos de la misma institución para crear un área así, o bien, por la falta de tiempo debido, nuevamente, a la alta demanda de nuevos pacientes.

En otro estudio realizado por Ruth Mansfield (1989, en Chubb y Evans, 1990), un Centro Comunitario de Salud Mental en San Francisco, estima que el modelo se puede utilizar con el 85% de los clientes de la clínica que son vistos para psicoterapia, incluidos algunos que son diagnosticados como psicóticos.

Es importante señalar que este modelo fue el inicio de toda una nueva generación de modelos psicoterapéuticos pues a partir de aquí, derivado de estas premisas tanto teóricas como prácticas, diversas escuelas serían fundadas con esta nueva epistemología y concepción de los problemas humanos.

La Investigación de la Terapia Centrada en Soluciones

La importancia de mencionar a la Terapia Centrada en Soluciones se debe a la fuerte influencia que el modelo de Resolución de Problemas del BTC tiene en sus premisas, mismas que se utilizan para el tratamiento de los problemas humanos y que han arrojado resultados de este tipo de terapias breves. Este modelo terapéutico se incluye dentro de las terapias sistémicas pero, incluso entre éstas, es necesario diferenciarla de otras escuelas sistémicas con las que está emparentada pero con las que guarda importantes diferencias teóricas (Beyebach y Rodríguez, 1994).

La Terapia Familiar Centrada en las Soluciones (TCS) fue desarrollada a principios de los años ochenta en Milwaukee, Estados Unidos, por Steve de Shazer, su mujer Insoo Kim y un grupo bastante amplio de colaboradores. Este modelo recoge la influencia directa de John Weakland, Richard Fisch y de sus colegas del M.R.I. de Palo Alto, y por tanto se inscribe en una doble tradición. Por un lado, la de la terapia familiar sistémica, con su interés por el contexto y una lectura relacional de la comunicación de Watzlawick, Jackson y Beavin. Por otro, la de la terapia breve, en la línea de Milton H. Erickson, con su apuesta radical por el cambio. A partir de estas dos grandes influencias, la TCS fue desarrollando una forma propia de abordar la terapia, caracterizada por el énfasis en los recursos de los clientes, por la presencia constante de una perspectiva de futuro y por el esfuerzo continuado de crear contextos de colaboración con las familias (Estrada, Beyebach y Herrero de Vega, 2006).

Los trabajos de Weakland et al., (1974, en Watzlawick y Weakland, 1977) y Segal (1980, en Beyebach y Rodríguez, 1994) fueron replicados en España algunos años más tarde por Pérez Grande (1990, en Beyebach y Rodríguez, 1994), sobre una muestra bien descrita, con una medida más completa del resultado terapéutico (que incluía la valoración, por parte de jueces entrenados, de la primera y última entrevista de cada caso) y con seguimientos más largos. El modelo terapéutico utilizado en este estudio puede considerarse también tipo MRI, pero incluyen ya algunos elementos de la Terapia Centrada en las Soluciones de de Shazer. Los resultados indicaron que un 20% de los clientes abandonó la terapia tras la primera o segunda sesión; de los clientes que siguieron en tratamiento, el 71% informó en la última sesión que la queja había desaparecido o mejorado. El seguimiento, entre los 6 y 35 meses, permitió comprobar que en un 12% de los casos de éxito se había producido una recaída (definida como que el problema original había vuelto a preocuparles y/o que había surgido un problema nuevo), pero que por otra parte un 38% de los clientes informaba de nuevas mejorías tras el tratamiento. Se constató además que las características de los clientes (edad, sexo, estado civil) y de los problemas (gravedad, duración, tipo de queja y de proceso) no influían en los resultados; no había tampoco diferencias significativas entre los terapeutas novatos y los expertos, y tampoco entre los casos atendidos en formato individual y aquellos en los que el formato había sido conjunto.

El primer informe sobre los resultados obtenidos con terapia centrada en las soluciones aparece en el trabajo pionero de 1986 de De Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis (1986, en Beyebach y Rodríguez, 1994). Utilizando la misma metodología que Weakland y sus colegas en 1974, el grupo de Milwaukee analizó los resultados terapéuticos obtenidos en una gran muestra de 1600 pacientes tratados en el Brief Family Therapy Center entre 1978 y 1983 . En este caso, un 72% de los clientes indicaron en el seguimiento (no se informa a cuántos meses) que o bien habían alcanzado sus objetivos terapéuticos o bien habían experimentado una mejoría significativa. La media del número de sesiones se redujo a 6 (Beyebach y Rodríguez, 1994).

El estudio más riguroso sobre terapia centrada en las soluciones propiamente dicha fue realizado por Nunnally en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee, Wisconsin (Nunnally, 1990, en Beyebach y Rodríguez, 1994). La metodología empleada y las características del estudio vuelven a ser las del trabajo pionero de Weakland et al., (1974), basándose la evaluación de

resultados en las preguntas realizadas por un investigador independiente. Sin embargo, la muestra está mejor descrita y los seguimientos son más sistemáticos y a más largo plazo que en el estudio del MRI. En el seguimiento a los 6 meses, el 80% de los clientes consideró que había alcanzado el objetivo que se había planteado en terapia o que se había acercado significativamente a él; de forma complementaria, el 81% de los clientes contestó que el problema presentado estaba completamente resuelto o que había mejorado. Estos resultados se mantenían (e incluso mejoraron ligeramente) en los seguimientos posteriores, a los 12 y 18 meses. En el 66% de los casos hubo mejorías ulteriores a la terapia. La duración media de las sesiones fue de 4.66.

En España, los resultados de Fontecilla, Ramos y Rodríguez-Arias (1993, en Beyebach y Rodríguez, 1994) describen una muestra heterogénea de 271 casos atendidos en un Centro de Salud Mental, donde un grupo de observadores externos revisó la primera y la última sesión de terapia (grabada en audio) y la codificaron según los informes de cambio de los clientes y la estimación de los propios observadores. El 11% de la muestra abandonó tras la primera entrevista. De los casos que siguieron en terapia más allá de la primera sesión, el 80% fue codificado como "éxito" (desaparición de la queja o mejoría) y el 16% como "fracaso" (no se cumplen los criterios de éxito). Las terapias son también sorprendentemente breves, con una media de 5 sesiones por tratamiento.

Beyebach y Rodríguez (1994), llegan a la conclusión de que estas investigaciones presentan diversas insuficiencias metodológicas (ausencia de grupos de control, instrumentos de medida poco rigurosos, en ocasiones información muy parcial sobre las características de la muestra y del diseño) limitando así el alcance de los resultados. Sin embargo, la falta de rigor metodológico se compensa con el hecho de que todos estos estudios han sido realizados con pacientes reales y en contextos de trabajo muy variados (privados, públicos, semipúblicos). Siendo este tipo de investigación la que se acerca más a los intereses de los clínicos que los tradicionales estudios de laboratorio, muy controlados pero a menudo ajenos a lo que es la experiencia cotidiana de la mayoría de los terapeutas. Además, salvo el estudio de Segal (1980, en Beyebach y Rodríguez, 1994), todos los trabajos de evaluación de resultados coinciden en arrojar una tasa de mejorías que se sitúa entre el 70% y el 90% de los casos atendidos, con un número medio de sesiones que varía entre 4 y 9, y que parece tender a reducirse cada vez más.

En 1997, Beyebach, Rodríguez, Arribas de Miguel, Herrero de Vega, Hernández y Rodríguez (1997), presentan otro estudio de resultado sobre Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones conducido en la Universidad Pontificia de Salamanca de España, con una muestra de 83 pacientes.

La población sobre la que se realizó el estudio consta de 125 casos atendidos entre octubre de 1992 y marzo de 1996, primero (1992-1993) en el Departamento de Terapia Familiar del Master en Psicología Clínica Infantil, y después (1993-1996) en el Master de Formación de Terapeutas Sistémicos. Se incluyeron en el estudio todos aquellos casos con los que fue posible contactar en el seguimiento telefónico, la muestra final consta pues de 83 casos, con diversos problemas como motivo de consulta, algunos de ellos (el 29%) con etiquetas diagnósticas previas como "depresión", "agorafobia" o "esquizofrenia", y otros (el 71% restante) sin un diagnóstico previo realizado por otros profesionales. En el 56% de los casos, la queja motivo de consulta se refería a un adulto, y en el 44%, a un niño o adolescente. En el 37% de los casos, el formato de trabajo fue individual, siendo conjunto en el 63% de la muestra. En el 59% de los casos las entrevistas fueron conducidas por terapeutas formadores, y en el 41% restante, por terapeutas en formación supervisados por sus formadores (Beyebach et al., 1997).

El enfoque terapéutico básico empleado en la muestra objeto de estudio es la TCS, complementada en ocasiones por las técnicas desarrolladas en el M.R.I. de Palo Alto (Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas) y por Michael White (Beyebach et al., 1997).

Se realizaron llamadas de seguimiento en los meses de mayo y junio de 1996 (primera tanda) y entre mayo y septiembre de 1997 (segunda tanda) por una licenciada en psicología y dos terapeutas familiares. Para el conjunto de la muestra, la media de sesiones es de 4.67, el 28% de los casos solamente asistió a una o dos sesiones, el 70% de los casos tuvo 5 o menos entrevistas, y sólo el 30% requirió más de 5 sesiones. Excluyendo los casos de abandono, la media de sesiones es de 5.64. El 55% de estos casos participó en 5 o menos entrevistas, y el 45% en más de 5 sesiones. Para los casos de éxito a término, el promedio de sesiones es de 5.82, y para los casos de no éxito a término, de 4.19, siendo significativa la diferencia (Beyebach et al., 1997).

En la última sesión, los clientes hablan en pasado de la queja en el 42% de los casos, en opinión de los jueces la queja se ha resuelto en el 65% de los casos, y se han alcanzado todos o

algunos de los objetivos terapéuticos en el 80%. Excluyendo los abandonos, estos porcentajes pasan a ser del 51% (hablar de la queja en pasado), del 73% (queja resuelta) y del 84% (objetivos alcanzados). Analizando los datos en su conjunto, para el total de la muestra el 66% de los casos es categorizado como "éxito" a término. Excluyendo los casos de abandono, el porcentaje de éxito a término es del 74% (Beyebach et al., 1997).

Para Beyebach et al., (1997), el 74% de los casos aparece como exitoso en el seguimiento. Excluyendo los casos de abandono, el porcentaje sube hasta el 76% y, incluyendo solamente a los terapeutas expertos, hasta el 79% de los casos atendidos.

El porcentaje total de abandono es del 29%, siendo del 20% para las terapias realizadas por terapeutas expertos, y del 42% para las terapias llevadas por terapeutas en formación; diferencia que no llega a ser significativa. El porcentaje total de abandono temprano (tras primera o segunda sesión) es del 16% (13% para expertos, 21% para novatos; diferencia no significativa). También se constata por otra parte, que no hay diferencias significativas entre los casos de abandono y los de no abandono en cuanto al resultado terapéutico:

a) Aunque parece haber una tendencia a que a término sean más exitosos los casos de no abandono que los de abandono (36% versus 74%), en el seguimiento el porcentaje de éxito no varía significativamente en función del tipo de terminación, siendo del 69% para los casos de abandono y del 76% para los casos de terminación por mutuo acuerdo (Beyebach et al., 1997). Estos resultados son muy similares a lo encontrado por Talmon (1990), donde en las terapias de Única Sesión planificadas, los pacientes reportan mejoría en los problemas que los llevaron a buscar ayuda, como también aquellos que tuvieron sesiones únicas no planificadas.

b) Para el abandono temprano, se constata la misma tendencia a término, con un 66% de éxito entre los casos que continúan, y un 50% entre los de abandono temprano. Sin embargo, en el seguimiento los datos de hecho se invierten: el porcentaje de éxito en el seguimiento es superior para los casos de abandono temprano (86%) que para los que continúan (72%), aunque la diferencia tampoco llega a ser significativa (Beyebach et al., 1997).

Beyebach et al., (1997), concluyen que este estudio no permite, en rigor, hacer ninguna afirmación sobre el efecto de la TCS. Al no existir un grupo de control que permita atribuir los

cambios registrados en los clientes al impacto del tratamiento aplicado, no se puede descartar la hipótesis de que estos cambios sean el producto de la acción de otras variables completamente ajenas a la terapia (maduración, influencia de terceras personas, modificación de las circunstancias vitales, etc). En realidad, lo único que reflejan estos datos es el curso seguido por nuestros clientes durante la terapia y durante el tiempo posterior a ella. Esto no deja de ser informativo, por cuanto en este caso los resultados obtenidos permiten descartar con rotundidad la hipótesis de que las personas que se someten a una terapia centrada en las soluciones no mejoren o de que estas mejorías no se mantengan en el tiempo.

La tasa de abandono temprano se mantiene en un razonable 16%, y el 74% de los casos que continúan en terapia pueden considerarse exitosos en la última sesión. Visto desde el punto de vista de los clientes, la inmensa mayoría se muestran satisfechos con el tratamiento recibido en la Universidad Pontificia, y de hecho el 82% informa en el seguimiento que el problema se resolvió (del todo o en parte) durante la terapia. Además, los cambios conseguidos resultan ser sorprendentemente estables en el tiempo: en el seguimiento, realizado entre seis meses y tres años tras la última sesión, tres de cada cuatro clientes se mantienen en un 7 o más en la escala de avance, y sólo uno de cada diez ha necesitado acudir a otro profesional tras la terapia, por lo que el 79% de los casos atendidos por terapeutas expertos fueron considerados "éxito" en el seguimiento (Beyebach et al., 1997).

Un aspecto que se confirma en este estudio es la ausencia de diferencias entre el resultado terapéutico en el seguimiento de los casos de abandono y el de los que continuaron en terapia. Una forma de entender este dato sería considerar, en la línea de algunas premisas teóricas de la TCS, que los cambios que experimentan los clientes son constantes, y que se producen con independencia de la "dosis" de terapia que reciban (Beyebach et al., 1997). El dato de que en los casos de continuación casi el 89% de los clientes afirman, al ser preguntados en el seguimiento, que el problema se resolvió del todo o en parte durante la terapia, mientras que en los casos de abandono este porcentaje descienda hasta el 55% (diferencia estadísticamente significativa) apoyaría en todo caso que estos dos grupos de clientes siguen dos procesos de cambio distintos: quienes abandonan la terapia se benefician menos de ella y deben cambiar más después de la terapia, mientras que quienes continúan recorren en terapia la mayor parte del camino.

La constatación de que la gran mayoría de los casos que se presentan como exitosos en la última sesión sigan siéndolo hasta tres años más tarde respalda, a nuestro juicio, la idea de que los cambios que se producen durante una terapia breve son robustos y duraderos. En otras palabras, nuestros datos parecen apoyar la idea de que una intervención mínima como es la TCS, dirigida a producir pequeños cambios, no genera por ello ni recaídas ni procesos de sustitución de síntomas. Al contrario: nuestros datos parecen avalar la utilidad a largo plazo de la TCS (Beyebach et al., 1997).

La Investigación de la Terapia de Única Sesión

Derivado de la literatura y el alto porcentaje (78%) que Moshe Talmon (1990) encontró que reportaban sus pacientes que había visto solo una vez, decidió hacer un estudio formal sobre el proceso de Terapias de Única Sesión junto a Michael Hoyt y Robert Rosenbaum. Cada uno de estos tres terapeutas tenían más de 10 años con una amplia experiencia clínica.

Con el fin de aprender cómo aumentar la probabilidad de que la terapia de sesión única fuera una experiencia mutuamente útil tanto para los pacientes como para el terapeuta, Hoyt, Rosenbaum y Talmon decidieron intentar una terapia de sesión única planificada con sesenta pacientes, en su mayoría adultos individuales, que acudían a sesiones de rutina que no eran de crisis.

Como el estudio se centró en la investigación exploratoria, los tres terapeutas decidieron realizar el estudio de la manera menos intrusiva posible y de la manera más similar posible a las formas habituales de prestación de servicios en la clínica. Sólo diez de las sesenta sesiones se llevaron a cabo en presencia de uno o dos terapeutas más, que normalmente observaban la sesión desde detrás de un espejo unidireccional. Aunque la mayoría de los casos estudiados fueron vistos en una sesión regular de cincuenta minutos por un solo terapeuta, los sesenta intentos de terapia de sesión única planificada deben verse como un estudio exploratorio y no como un intento de realizar una investigación de laboratorio bien controlada (Talmon, 1990).

Para la evaluación utilizaron el formulario de admisión estandarizado utilizado en la clínica, el cual era completado por el terapeuta al final de cada sesión. Desarrollaron un protocolo para que las entrevistas de seguimiento fueran administradas a los pacientes (por teléfono), por alguien que no sea el terapeuta, de tres a doce meses después de la sesión (Talmon, 1990).

La muestra para el estudio fue heterogénea en lugar de muy restringida y bien controlada. Consistía en pacientes de admisión regulares que se asignaban al azar e incluían blancos, negros, hispanos y asiáticos con problemas que iban desde los de los "bien preocupados" que buscan consuelo hasta la depresión, el insomnio, los ataques de pánico, los ajustes al divorcio, la violencia familiar y otros. Los pacientes tenían entre cuatro y noventa y tres años de edad y un nivel educativo desde profesionales con doctorados a la deserción escolar. Los pacientes que normalmente no serían vistos como pacientes regulares en la clínica fueron excluidos de la muestra de terapia de sesión única. Estos consistían en pacientes que estaban activamente psicóticos, suicidas o en crisis severa (usualmente atendidos en el departamento de emergencia, el día de la llamada); pacientes que solicitan medicamentos (vistos por un psiquiatra); y pacientes que llaman por problemas con las drogas o el alcohol (atendidas en el Departamento de Medicina del Comportamiento, que tiene un equipo separado del de la clínica).

“De los sesenta pacientes de nuestra muestra, pudimos llegar a cincuenta y ocho para entrevistas de seguimiento. De esos cincuenta y ocho, treinta y cuatro (58 por ciento) no requirieron sesiones adicionales; es decir, el paciente y el terapeuta acordaron mutuamente al final de la sesión que no se requería más cita, pero dejaron una puerta abierta para que el paciente llamara cuando fuera necesario. Esos pacientes no habían vuelto a tener contacto con nosotros ni con ningún otro terapeuta hasta que fueron llamados para un seguimiento, de tres a doce meses después de la sesión” (Talmon, 1990, p. 16).

De acuerdo con Talmon (1990), todos los pacientes de terapia de una sola sesión contactados, el 88% informó "mucho mejoría" o "mejoría" desde la sesión (en una escala de cinco puntos, donde 1 = mejoró mucho, 3 = sin cambios y 5 = mucho peor, el nivel medio de mejora fue de 1,7); el 79% pensó que la terapia de sesión única había sido suficiente, con una calificación de satisfacción promedio de 1.6 (nuevamente en una escala de cinco puntos); y el 65 % informó haber tenido otros cambios positivos que claramente no estaban relacionados con el problema que se presentaba y podrían atribuirse a un efecto dominó. Los pacientes de terapia de una sola sesión mostraron una mejoría ligeramente mayor y más satisfacción que los pacientes que recibieron más terapia, pero las diferencias no fueron significativas. Tres pacientes no informaron mejoría o sintieron que la terapia de sesión única no había sido suficiente, y recibieron terapia adicional.

Para esta investigación Talmon, Hoyt y Rosenbaum (Talmon, 1990), el éxito o el fracaso de la terapia de una sola sesión se juzga según los autoinformes retrospectivos de los pacientes. El fracaso se define aquí como casos en los que (1) los pacientes informaron que los problemas que presentaban no progresaron o empeoraron, (2) los pacientes percibieron, en retrospectiva, la terapia de sesión única como insuficiente, o (3) los pacientes no estaban satisfechos con el resultado de la terapia de sesión única.

En la muestra de cincuenta y ocho casos que fueron seguidos en Kaiser Permanente, diez pacientes no informaron cambios en los problemas que presentaban y uno informó que los problemas habían empeorado un poco. Solo cuatro de estos once pacientes habían sido vistos en una sola sesión. A los otros siete se les había ofrecido y recibido más terapia después de la sesión inicial y antes del seguimiento.

El poder potencial del primer encuentro terapéutico es innegable. A menudo, mucho de lo que es hecho en las siguientes sesiones es derivado de esa primera sesión y dirigido a fortalecer sus resultados y conclusiones. En 41 por ciento de sesenta tomas consecutivas en terapias de única sesión planeadas estudiadas en Kaiser Permanente, el terapeuta y el paciente falsamente acordaron que más de una sesión era necesaria, y el mismo terapeuta continuó el tratamiento hasta que terminó la terapia. Esos casos recibieron el seguimiento de la misma manera que los casos de Terapia de Única Sesión. Los investigadores habían anticipado que en esos casos el tratamiento podría ser tanto diagnósticamente o terapéuticamente más difícil que los casos de Terapia de Única Sesión o al hacer los seguimientos los pacientes podrían indicar más mejorías y más satisfacción como resultado de más sesiones. Sin embargo, los resultados mostraron diferencias no significativas entre la terapia de única sesión y los casos donde hubo más sesiones en calificaciones de mejora, satisfacción o cambios de efecto dominó (Talmon, 1990).

Independientemente de las habilidades del terapeuta, siempre tendrán cierto porcentaje de Terapias de Única Sesión no planeadas con pacientes que terminan prematuramente. El seguimiento es la mejor manera de reanudar el tratamiento con aquellos que realmente necesitan más terapia (Talmon, 1990).

La razón principal para utilizar estos 2 tipos de terapia como ejemplos de los resultados que ha tenido la investigación en psicoterapia breve, es que los 3 tipos de terapia (el modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC, la Terapia Centrada en Soluciones y la Terapia de Única Sesión) utilizan exactamente las mismas premisas teóricas para el tratamiento de

los problemas (constructivismo, la visión no-normativa, la interacción del individuo o individuos con su sistema, el problema que tienen en el aquí y el ahora, los intentos de solución que utilizan para resolver el problema, el proceso de cambio para resolver el problema). Incluso estructuralmente, es decir, la secuencia de trabajo en la que se llevan a cabo los contactos iniciales y las sesiones, los minutos de descanso para dar un mensaje final (tanto en práctica privada o pública), son muy parecidas. Quizá, lo que más podría llamar la atención es que los tres modelos se rigen por el principio de utilización de la tradición ericksoniana, la TCS es partidaria de hacer la mínimas sesiones para generar el cambio, igual que el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas, si no hay queja no hay problema, no hay terapia, la Terapia de Única Sesión utiliza todos los recursos posibles con el fin de generar el cambio lo más rápido posible pensando en que con esa sola sesión pueda ser suficiente.

Incluso en una investigación realizada por Beyebach, Rodríguez, Rodríguez-Arias y Palenzuela (Rodríguez Morejón, 1994, en Beyebach y Rodríguez, 1994), han encontrado que el 59% de las personas de una muestra clínica decían haber experimentado mejorías durante el tiempo transcurrido entre la llamada de teléfono y la primera sesión. Resultados similares encontrados por Moshe Talmon (1990) en su investigación de Terapia de Única Sesión en la clínica Kaiser Permanente, luego de reunirse con pacientes con quienes ya había tenido contacto telefónico.

La Investigación de la Psicoterapia Breve del Modelo de Resolución de Problemas en la Actualidad

Con el paso del tiempo, y poco tiempo después de la creación de un nuevo modelo de psicoterapia, aumentó la cantidad de modelos terapéuticos y servicios de atención de los mismos, algunos, como la Terapia Centrada en Soluciones, siguen la misma línea teórica y realizan algunas variantes en la línea práctica, sin alejarse de las premisas teóricas del modelo sistémico, otros, como la Terapia de Única Sesión, toman estas mismas premisas e intentan maximizarlas, de tal suerte que si el cliente asiste a una sola, sesión pueda tomar las herramientas necesarias y suficientes para generar un cambio por sí solo (premisa derivada del modelo sistémico).

Hoy en día existen varios terapeutas alrededor del mundo que continúan atendiendo pacientes con las enseñanzas directas de Gregory Bateson, Don Jackson, John Weakland, Richard

Fisch y Paul Waztlawick; es decir terapeutas que han hecho que el modelo fundador siga en pie hasta el día de hoy.

Al trabajar con los pacientes desde una perspectiva interaccional-sistémica que favorece las estrategias de resolución de problemas a corto plazo, este enfoque terapéutico se ha extendido por todo el mundo y ha tomado muchas formas y variaciones diferentes (Hoyt, 2019; Nichols, 2003, en Vitry, Pakrosnis, Brosseau y Duriez, 2021).

De acuerdo con Grégoire Vitry, Rytis Prakosnis, Olivier Brosseau y Nathalie Duriez (Vitry et al., 2021) aunque la terapia de interacción estratégica con el Modelo de Resolución de Problemas del BTC ha "resistido la prueba del tiempo" y se puede llegar a la conclusión general de que la terapia estratégica funciona, la limitada transferibilidad de la investigación de eficacia basada en el laboratorio a la práctica clínica diaria a menudo se destaca en la literatura.

La Red de Investigación de Práctica Sistémica (SYPRENE, por sus siglas en inglés), creada por LACT Research en 2014, es una PRN de profesionales, incluidos terapeutas de varios institutos internacionales (Vitry et al., 2020, en Vitry et al., 2021), el principal objetivo de SYPRENE es llenar el vacío de investigación sobre la eficacia y la eficiencia de la terapia estratégica mediante el desarrollo de una nueva plataforma de evaluación y registro de datos de la terapia que crearía un base de datos y permitir la comunicación entre profesionales e investigadores. Las redes de investigación práctica (PRN, por sus siglas en inglés) se introdujeron en la década de 1990 con la esperanza de que un gran número de casos provenientes de la práctica clínica de la vida real permitieran obtener información específica válida para práctica cotidiana y mayor generalización de resultados y conclusiones (Johnson et al., 2017; Thurin et al., 2012, en Vitry et al., 2021).

En el artículo "Effectiveness and Efficiency of Strategic and Systemic Therapy in Naturalistic Settings: Preliminary Results from a Systemic Practice Research Network (SYPRENE)", Vitry et al. (2021), muestran los resultados completos recopilados hasta el momento, de veintisiete terapeutas de varios países que utilizan el enfoque estratégico del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC. La tasa de abandono fue del 19%. Los terapeutas informaron una mejora significativa o la resolución completa del problema en el 80% y los pacientes en el 90% de los casos, con un promedio de 5,4 sesiones y 5,3 meses de tratamiento.

El análisis y los resultados se basan en datos de los veintisiete miembros activos de SYPRENE (aquellos que han proporcionado calificaciones para al menos un caso), de los cuales quince eran mujeres y doce hombres. Su edad promedio fue de 49 años, variando entre 37 y 60

años. Las nacionalidades de los practicantes de SYPRENE son las siguientes: catorce franceses, seis italianos, dos mexicanos, un español, un belga, un suizo, un canadiense y un sudafricano. Los profesionales informaron tener un promedio de 16 años de experiencia como psicólogos/psicoterapeutas (n = 11), terapeutas/consejeros (n = 16). Todos los practicantes se identificaron a sí mismos como "terapeutas estratégicos", y el 18% (n = 4) también especificó la hipnoterapia Ericksoniana como una especialización secundaria (Vitry et al., 2021).

De 1150 pacientes con evaluación de resultados, el 64 % se identificaron como mujeres y el 36 % se identificaron como hombres. El estado civil (reportado por el 65% de los pacientes) era que el 48% vivía solo (soltero, separado, viudo) y el 52% vivía en pareja (casado o en unión). La edad media (indicada por el 70% de los pacientes) fue de 39,7 años; El 14% tenía menos de 25 años, el 51% entre 25 y 44 años, el 31% entre 45 y 64 años y el 4% tenía más de 65 años. Ocupacionalmente, el 67% estaba empleado y el 33% estaba inactivo (por ejemplo, sin profesión, buscando trabajo o jubilado). Todos los clientes fueron vistos en la práctica privada, no en clínicas u hospitales públicos (Vitry, de Scorraille y Hoyt, 2021).

Para los 1.150 casos completados con evaluación de resultados, el número medio de sesiones fue de 5,4, con un rango de 1 a 35 sesiones. En el 10% de los casos, la intervención se completó después de una sola sesión; en el 29% de los casos, después de dos o tres sesiones; en el 23% de los casos, después de cuatro a cinco sesiones; en el 15% de los casos, después de seis a siete sesiones; y en el 8% de los casos, después de ocho a nueve sesiones. Solo el 11% de los pacientes necesitó entre diez y quince sesiones, y otro 4% necesitó más de quince sesiones. La duración promedio (media) del tratamiento para los 1150 pacientes con datos de resultados fue de 5,3 meses.

Los tipos de diagnósticos de problemas por los cuales los clientes acudieron a terapia incluyen diagnósticos interaccionales (de Scorraille et al., 2017; Vitry et al., 2019; Watzlawick, 2009, en Vitry et al., 2021), como problemas relacionales en el lugar de trabajo, problemas relacionales con desconfianza hacia los demás o problemas relacionales dentro de la pareja. El conflicto interpersonal, los problemas de autoestima, la desconfianza y los problemas relacionados con la ansiedad fueron los problemas más frecuentemente relatados por los pacientes. También es notable que, para la mayoría de las categorías de problemas, la tasa de éxito osciló entre el 70% y el 95%. Las tasas de éxito más altas (más del 90 %) fueron para perfeccionismo, fobias y problemas

relacionados con el cambio en el lugar de trabajo, mientras que las tasas de éxito más bajas (59 %) fueron para problemas relacionados con la personalidad límite (en Vitry et al., 2021).

El sistema de registro de datos SYPRENE requiere que, en cada caso después de la última cita, se evalúe el grado de mejora del problema en una escala de 11 puntos (0-10). tanto por el terapeuta como por el cliente, según se considere resuelto, mejorado o no resuelto el problema que llevó al cliente a consultar. Las calificaciones también indicaron si el terapeuta había ayudado o no al cliente a detener sus intentos de solución redundantes, que se conceptualizan como la fuerza perpetuadora detrás de su problema. El resultado se evaluó aún más utilizando el Cuestionario de salud general (GHQ-12; Goldberg y Williams, 1991), un instrumento bien documentado de 12 ítems que mide la "angustia mental" que completa el cliente. Las autoevaluaciones de los clientes de resuelto/mejorado/no mejorado y de las puntuaciones GHQ-12 mostraron mejoras similares (ver Vitry et al., 2021, en Vitry, de Scorraille y Hoyt, 2021).

Del total de 1079 pacientes que tuvieron evaluaciones de resultados de resolución de problemas por parte de los profesionales, en el 53% de los casos los problemas fueron evaluados por los profesionales como resueltos o mejorados sustancialmente (calificados de 7 a 10), el 27% como solo parcialmente resueltos o mejorados algo (puntuado de 4 a 6) y el 20 % como sin resolver o con poca mejora (puntuado de 0 a 3). De 231 pacientes que evaluaron su resultado de resolución de problemas en una escala de 0 a 10 puntos en la última sesión, en el 70 % de los casos los problemas se evaluaron como resueltos o mejorados sustancialmente, el 20 % como solo parcialmente resueltos o mejorados algo y 10% como sin resolver o con poca mejoría [entre estos, el 4% (n = 9) de los casos fueron evaluados por los pacientes como 0].

Los resultados de este artículo sugieren que los resultados iniciales de SYPRENE son prometedores. Sugieren que la terapia estratégica ayudó a los pacientes a lograr una mejora considerable. Los resultados indican una tasa de mejora en la resolución de problemas del 80 % según la evaluación de los profesionales y del 90 % según la evaluación de los pacientes. Además, los pacientes informaron una mejora significativa en su funcionamiento psicosocial con un tamaño del efecto grande. En el 76% de los casos, esta mejoría se evaluó como alcanzando un cambio confiable y clínicamente significativo.

Además los datos de SYPRENE sugieren una buena eficacia para la terapia estratégica, se lograron resultados alentadores con un promedio de 5,4 sesiones, dentro de un promedio de 5,3 meses y la tasa de abandono fue solo del 19 %, lo que se compara favorablemente con otros

estudios a gran escala (ver Barrett et al., 2008; Swift y Greenberg, 2012; Wells et al., 2013, en Vitry, et al., 2021).

De acuerdo con Vitry et al., (2021), si bien todas las medidas de resultado en SYPRENE se basan en evaluaciones autoinformadas por los pacientes y sus terapeutas, la credibilidad de los datos de resultados proviene de la correspondencia bastante buena entre las diversas evaluaciones con las siguientes implicaciones: (1) se obtuvo una gran mejoría de los resultados de los pacientes y las perspectivas de los profesionales, que indican que la terapia estratégica ayuda a mejorar la situación del problema ya disminuir los sentimientos de angustia subjetiva de los pacientes; (2) las evaluaciones de los médicos y los pacientes sobre el resultado de la resolución de problemas estaban fuertemente correlacionadas con un acuerdo moderado, lo que sugiere que la mejora del problema se percibía de manera bastante similar desde ambas perspectivas.

“Si bien todas nuestras medidas se basan en autoinformes prima facie (a primera vista) hechos por los clientes y sus terapeutas, la credibilidad proviene de la buena correspondencia entre las diversas evaluaciones con las siguientes implicaciones: (1) la terapia estratégica es efectiva cuando se mide a partir de las opiniones de los clientes y los profesionales. perspectivas con respecto a la mejora tanto de la situación del problema como de los sentimientos de angustia subjetiva de los clientes; y (2) las evaluaciones de los profesionales y los clientes sobre los resultados de la resolución de problemas están fuertemente vinculadas: ambos grupos evalúan la mejora de problemas de manera bastante similar” (Vitry, de Scorraille y Hoyt, 2021, p. 184).

Aunque los resultados preliminares presentados son prometedores, están algo limitados por el tamaño de la muestra, así como por la falta de una amplia heterogeneidad nacional. En términos de efectividad, los presentes resultados reflejan principalmente la perspectiva del terapeuta y del paciente con respecto a las calificaciones generales de los resultados.

Finalmente, los autores (Vitry et al., 2021), concluyen que en un futuro obtener más datos permitirá análisis estadísticos más sólidos como la evaluación de múltiples factores como género, edad, estado civil y número de sesiones, que posiblemente influyan en los resultados finales. Incluso la evaluación del papel de las diferencias entre profesionales también es una cuestión importante que se espera explorar más en un futuro próximo.

Gracias a este proyecto, hoy en día podemos tener un acercamiento a los resultados de psicoterapia con terapeutas formados bajo la luz del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC. Quizá con algunas dificultades metodológicas, por ejemplo la variedad de

nacionalidades que atienden a través de esta plataforma, que al ser muy distintas no podrían generalizarse en un nivel más amplio por el bajo porcentaje de sus respectivos países, sin embargo y viendo la otra cara de la moneda, esto también habla de las barreras internacionales que ha superado este modelo de psicoterapia al demostrar su utilidad y eficiencia en otros países.

A lo largo del tiempo lo que se ha logrado demostrar con los estudios de resultados de psicoterapia utilizando el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC es que puede ser útil en entornos en los que las demandas son grandes y los recursos son escasos, que puede hacer frente a problemas denominados como “no graves” e incluso a los denominados como “graves” o complejos. De acuerdo con Chubb (1990), la combinación de un modelo de terapia breve, el compromiso del personal, un buen apoyo y un seguimiento adecuado garantizarán la eficacia de cualquier clínica. También el modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas proporciona una forma poderosa de ver e intervenir en los problemas que llevan a las personas a la terapia.

El 12 de Mayo del año 2023 Giorgio Nardone en su conferencia en la Ciudad de México comentó que sus colaboradores contactaron a los pacientes que fueron atendidos en los últimos años por él y los contactaron para preguntarles cuáles habían sido las intervenciones más significativas para ellos durante el tratamiento. Las respuestas que obtuvieron fue que lo más significativo para ellos refiere a la forma en cómo el terapeuta los hizo sentir (Solís, comunicación personal, 2023). Esto sugiere, una vez más, que en la actualidad los factores comunes son elementos importantes en el proceso de cambio y en el proceso terapéutico.

Capítulo V. Metodología

Justificación

En la actualidad existen diversos tratamientos de psicoterapia que han ido evolucionando con el tiempo, todo ello con el objetivo de ofrecer servicios que sean eficientes y eficaces para la población. En México, los resultados de los diferentes tratamientos ofrecidos por diversas instituciones no son muy claros, y esto resta a los mismos credibilidad y aumenta la negativa percepción que se tiene sobre la psicoterapia.

En la carrera de Psicología, los alumnos pueden realizar su Servicio Social en diversas actividades tales como prevención, solución de problemas, asesoría, intervención en comunidad, atención psicológica individual entre muchos otros programas. De igual forma, pueden participar en el desarrollo de investigación, con fines de aportar conocimiento sobre determinados problemas sociales.

Durante la estancia en el programa de Servicio Social: “**Atención Psicológica Clínica Universitaria para el público en general**” las dos actividades más importantes son la formación del terapeuta (aprendizaje de las premisas teóricas y prácticas del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC) y la atención de las personas que buscan tratamiento psicológico (aplicación de las premisas teóricas y prácticas del modelo).

A este servicio llega una cantidad numerosa de consultantes, pero así como llegan también se van, los registros en los archivos del programa reportaron un alto abandono del tratamiento; contrastante porque en un primer término los números de los pacientes que desertan del tratamiento, a simple vista, son más altos que los pacientes que terminan el tratamiento o que son dados de alta. Debido a estas altas tasas de abandono o deserción del tratamiento en la clínica universitaria, se consideró importante investigar para identificar el resultado obtenido por aquellas personas que se ha detectado que abandonaron el tratamiento sin que se les diera seguimiento.

Planteamiento del Problema

Con la intención de evaluar los resultados del servicio de psicología clínica que brinda el programa de Servicio Social se hizo una evaluación de los resultados obtenidos por el programa de atención psicológica en el Servicio Social, para ello se revisaron todos los expedientes clínicos

del servicio de psicología, abarcando un rango que va del 08 de febrero del año 2012 al 22 de marzo del año 2017. Las notas clínicas indicaron la alta deserción que ha obtenido este programa de atención psicológica. Debido a este dato constante, se plantea la necesidad de saber qué está pasando, considerando la posibilidad de que el tratamiento no sea efectivo, pero con base en lo mostrado en el capítulo anterior, podemos pensar en que existen diferentes formas de entender los abandonos del tratamiento. Las categorías de resultado para el tratamiento son las siguientes, si el paciente resolvió su problema (lo cual será considerado como éxito) o no resolvió su problema (considerado como fracaso), una vez finalizado la atención psicológica.

Preguntas de Investigación

¿Cuál es el resultado de los pacientes que han asistido y han abandonado el tratamiento de Atención Psicológica en la Clínica Universitaria del oriente de la zona metropolitana?

¿Cuáles son las evidencias de mejoría y bienestar después de finalizar el proceso terapéutico?

¿Cuáles son las evidencias de empeoramiento después de finalizar el proceso terapéutico?

¿En qué consisten las evidencias de mejoría o empeoramiento de los pacientes después de terminar el proceso terapéutico?

¿Cuáles son los indicadores de mejoría o empeoramiento que reportan los pacientes una vez finalizado el proceso terapéutico?

Objetivo General

Realizar un seguimiento de pacientes y averiguar a qué se debe la alta tasa de deserción de la atención psicológica en una clínica universitaria y ofrecer una respuesta acerca de lo ocurrido con los pacientes que abandonaron el tratamiento, que en este caso es un porcentaje mayor al de los pacientes que fueron dados de alta.

Objetivos Particulares

- Identificar los resultados de los problemas presentados que los pacientes obtuvieron después de recibir el tratamiento de Terapia Breve de Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del MRI.
- Describir las características sociodemográficas de la población que acudió a la clínica y recibieron el tratamiento de Terapia Breve de Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del MRI.
- Determinar el porcentaje de pacientes que reportan mejorías en su motivo de consulta.
- Determinar el porcentaje de pacientes que reportan que su motivo de consulta no presentó cambios.
- Determinar el porcentaje de pacientes que reportan que el motivo de consulta empeoró.

Variables

Sobre la población: edad, género, escolaridad, residencia, tipo de problema, estatus del paciente (éxito, fracaso, deserción).

Sobre el tratamiento: respuesta del seguimiento: éxito o fracaso.

Indicadores de mejoría: Resolución de problemas no vistos en el tratamiento / Recibir otra o más terapia por el mismo problema.

Método

Participantes

- a) 194 usuarios a los que fue posible contactar para realizar el seguimiento.
- b) 1 Supervisora del Servicio Social en el periodo de febrero de 2012 a marzo de 2017
- c) 32 pasantes de Servicio Social que tomaron el rol de terapeutas en el periodo de febrero de 2012 a marzo de 2017
- d) 1 terapeuta experta/supervisora que tomó el rol de terapeuta en el periodo de febrero de 2012 a marzo de 2017

e) Equipo terapéutico al momento de la investigación que realizó las llamadas de seguimiento: conformado por 8 pasantes que se encontraban realizando su Servicio Social

Algunos de los casos reportados en este estudio fueron atendidos directamente por la terapeuta a cargo del servicio de manera individual, en la modalidad de coterapia con terapeutas en formación y el resto de terapeutas mirando las sesiones directamente. La mayoría de los pacientes son atendidos por los terapeutas en formación supervisados por la terapeuta formadora y el equipo en tiempo real detrás de las cámaras, así como de manera individual y sin supervisión en tiempo real. Tanto la terapeuta a cargo como los terapeutas en formación eran psicólogos. La terapeuta supervisora tenía una experiencia clínica de 15 años y los terapeutas en formación tenían variaciones en el tiempo de formación, siendo como mínimo un tiempo de 6 meses de formación en el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC.

La muestra fue recogida en la Clínica Universitaria. La población inicial sobre la que se realizó esta investigación se compone de 745 casos atendidos entre febrero de 2012 y marzo de 2017. De estos 745 casos registrados, 156 no tenían registrado un número telefónico, por lo que en un primer momento la base de datos de los pacientes se redujo a 589 casos con un número telefónico asignado, lo cual fue el primer criterio de exclusión.

En el estudio se incluyeron todos los casos con los que fue posible contactar en el seguimiento telefónico. Debido a que el tiempo entre la sesión final y la aplicación del seguimiento es largo (6 años entre el primer caso y la aplicación del seguimiento), muchos pacientes cambiaron sus números telefónicos o cambiaron de domicilios y por lo tanto, a pesar de contar con un número de referencia, no fue posible contactarlos. De los casos contactados 3 decidieron no contestar el cuestionario de seguimiento.

De estos 589 casos, 255 no contestaron la llamada, después de cinco intentos de contactarlos se colocaron en la categoría “no contestado”, 108 reportaron que el número era incorrecto o la persona a la que habíamos intentado contactar había cambiado su número telefónico, 29 personas fueron contactadas pero no quisieron contestar el cuestionario y 3 casos se encontraban aun bajo el tratamiento terapéutico, por lo que a pesar de haber sido considerados para el seguimiento, se decidió excluirlos, siendo éste un segundo criterio de exclusión.

De esta forma la muestra total es de 194 casos, quienes si fueron posibles de contactar para realizar el seguimiento telefónico y estuvieron de acuerdo en contestar a las preguntas, sin embargo 3 de estos casos, en el transcurso de la llamada retiraron su participación de la investigación.

La muestra final se constituye de 191 casos con diversos problemas como motivo de consulta entre los que figuran: 68 Problemas personales, 29 problemas familiares, 24 problemas de conducta, 23 problemas de pareja, 17 problemas de crianza, 16 problemas de rendimiento académico, 7 problemas de lenguaje, 2 casos de autolesiones, 2 casos de enuresis, 2 casos de trastornos alimenticios y 1 caso de drogadicción.

La Clínica Universitaria

La atención a usuarios se realiza en una clínica universitaria que tiene un área destinada a psicología clínica, esta área cuenta con 6 cubículos individuales y 3 cámaras de observación, dos de ellas funcionan con circuito cerrado y una más está equipada con dos espejos unidireccionales, las tres cuentan con interfón y equipo de grabación.

El formato terapéutico se brinda de forma individual, en coterapia o en equipo terapéutico cuando se accede a las cámaras de observación, donde se brinda atención al paciente de manera individual o en coterapia, pero el resto del equipo terapéutico observa la sesión en tiempo real a través del circuito cerrado.

Los pasantes graban las sesiones en audio cuando atienden a los consultantes de manera individual, pero también en video cuando se accede a alguna de las tres cámaras de observación disponibles en la clínica. Las cámaras se utilizan para observar las sesiones en tiempo real desde un cubículo continuo, para enseñanza de los alumnos de la universidad y los pasantes de la clínica. Éstas cuentan con un interfón que sirve para hacer una supervisión directa de los casos clínicos, también funciona para avisar a los terapeutas que deben salir a una intersesión, que sirve para planear estrategias o tareas para el caso. Posteriormente, durante el transcurso de la semana, se realiza una planeación de los casos con cada uno de los terapeutas responsables, lo que sería una supervisión indirecta.

El programa de atención psicológica de una clínica universitaria ubicada en la zona oriente de la zona metropolitana, tiene una cualidad, es dirigido por una profesora formada directamente en el Brief Therapy Center del Mental Research Institute en Palo Alto, lo que indica que este programa replica de manera fiel la metodología naturalista derivada del proyecto de investigación

del BTC. Este programa se enfoca en brindar atención psicológica en el campo de la atención primaria a la población de Ciudad Nezahualcóyotl, Chimalhuacán, Los Reyes, Valle de Chalco, Ixtapaluca, Iztapalapa, Iztacalco entre otras alcaldías; sin embargo también se han encontrado registros de personas que residen en las alcaldías: Álvaro Obregón, Benito Juárez, San Vicente Chicoloapan, Coyoacán, Gustavo A. Madero y Venustiano Carranza.

La Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas, ofrecía, hasta antes del confinamiento por la pandemia de COVID-19, tratamiento psicológico a un bajo costo; \$56.00 pesos mexicanos por cada sesión, equivalente a 1 hora o bien; \$111.00 pesos mexicanos mensuales equivalentes a 4 sesiones de 1 hora de duración 1 vez a la semana. Hoy en día (2022), la consulta tiene un costo de \$60.00 pesos mexicanos por sesión y \$120 pesos por mes, más \$40 pesos de apertura de expediente.

Tratamiento

El enfoque terapéutico con el que fue atendida la muestra objeto de estudio es el modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC.

Los consultantes llegan directamente a la clínica a solicitar el servicio de atención, se recogen sus datos personales (nombre completo y número telefónico para poder contactarle), si al momento se encuentran disponibles los terapeutas y los espacios, se le brinda la atención, en caso de que esto no sea así se le agenda una cita para los días siguientes, pero no más de 15 días.

Durante la primera sesión con los pacientes, se les hace saber los aspectos formales, los cuales consisten en explicarle a los usuarios cómo funciona el servicio universitario y los pagos que deben realizar a la clínica. Posteriormente se les hace conocimiento del consentimiento informado y se firma, se llena un formato de historia clínica donde se obtienen sus datos demográficos (sexo, edad, lugar de procedencia, lugar donde vive, número telefónico, último grado de estudios, ocupación y religión) y se genera un genograma familiar (ver el Apéndice A).

El formato terapéutico consta de diez sesiones de aproximadamente 60 minutos de duración 1 vez por semana. Siguiendo el esquema técnico del Modelo de Resolución de Problemas del BTC, los terapeutas en formación comienzan la entrevista clínica indagando la problemática de los clientes, alrededor de los cuarenta o cincuenta minutos de sesión, los pasantes salen a reunirse con su supervisora para una breve supervisión, para regresar y dar un mensaje final a los clientes. Una vez obtenido el problema de los consultantes, se continúa con el esquema técnico, se

indagan los intentos de solución del mismo, se fija un objetivo (o cambio mínimo, en palabras del cliente), se planifica una intervención con el equipo terapéutico y la supervisora y se aplica la intervención con espera de cambios que pueda realizar el paciente en relación a su problema. Si los cambios son realizados, las sesiones comienzan a espaciarse (cada 2 semanas), si los cambios se mantienen y el paciente se encuentra satisfecho, después de unas cuantas sesiones que se verifica el mantenimiento del cambio se da de alta. Cuando los cambios no se realizan o se realizan y no se mantienen, se continúa con la periodicidad de las sesiones para indagar lo ocurrido. Semana a semana, los terapeutas en formación se reúnen con el equipo terapéutico y con la supervisora para planear y supervisar cada uno de sus casos, por lo que siempre que se reúnen nuevamente con un paciente tienen un borrador de ideas con las cuales seguir las sesiones. A los pasantes se les pide escuchar los audios que graban en la sesión para obtener retroalimentación de la misma y percatarse de hechos que pasaron desapercibidos durante el encuentro con el cliente.

Instrumento

Cuestionario de Seguimiento

Para poder realizar las llamadas telefónicas se diseñó un cuestionario de seguimiento como una serie de pasos para poder indicar a las parejas de terapeutas, que apoyaron con las llamadas, cómo iban a hacer el seguimiento y cuáles eran las preguntas que tenían que hacer junto con algunas posibles opciones de respuestas que podían ofrecer. El cuestionario consta de 3 preguntas con el objetivo de obtener y verificar los datos de la persona a quien se le realizó el seguimiento y 6 preguntas relacionadas con el seguimiento del tratamiento terapéutico; siendo 4 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas. (ver el Apéndice B).

Preguntas de información del paciente:

1. ¿Es este el teléfono de [Nombre del paciente]?
2. ¿Sería posible que usted me pudiera comunicar con él/ella o que me proporcionara su número de teléfono?
3. ¿De acuerdo a qué hora podría llamarle?

Preguntas del seguimiento del tratamiento terapéutico:

1. ¿El problema para usted era [problema del paciente]?

2. ¿Ese problema se mantuvo, mejoró o empeoró?
3. ¿ De qué forma este problema se (mantuvo, mejoró o empeoró, de acuerdo a la respuesta del paciente)?
4. Desde que acudió por última vez a la clínica ¿surgieron otros problemas?
5. Desde que acudió por última vez al servicio de psicología de la clínica ¿se resolvieron otros problemas que no fueron tratados en el servicio?
6. Desde que dejó de acudir al servicio de psicología en la clínica universitaria ¿ha recibido usted o alguien en su familia otro tipo de terapia por el problema por el que principalmente acudió a la clínica o algún otro relacionado con él?

Todas las preguntas de seguimiento se basaron en las preguntas de seguimiento originales del Brief Therapy Center de Palo Alto (Weakland et al., 1974).

Tipo de Estudio: Estudios de Resultados Sólo Post-Test

Las investigaciones de resultados sólo post son aquellas que tratan de establecer el éxito al final de la terapia (resultado a término) o en seguimientos posteriores (resultado en el seguimiento), sin hacer medidas previas a la aplicación del tratamiento. Este tipo de estudios son solamente una especie de “test mínimo” de eficacia, que permite detectar si un tratamiento es ineficaz (Estrada, Beyebach y Herrero de Vega, 2006).

Diseño Metodológico

Esta investigación es de carácter no experimental, ya que se pretende mediante la misma, como expresan Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2010), “observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural para después analizarlo”.

Además, este estudio no genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente, en este caso, las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre ellas ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos; no hay manipulación intencional, ni asignación al azar (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

Más aun esta investigación será de carácter descriptivo dado que “se miden, evalúan y recolectan datos de diversos conceptos (variables), dimensiones o componentes del fenómeno de investigación” (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista 2010).

Procedimiento

Se aplicó un cuestionario de seguimiento a través de llamadas telefónicas, por lo que fueron los pacientes quienes directamente brindaron la información sobre los cambios del problema presentado en el servicio de atención psicológica.

Los datos respecto a la información sociodemográfica fueron obtenidos durante la aplicación de la historia clínica que se llevó a cabo con los pacientes cuando acudieron al servicio y se abrió su expediente clínico. Con el propósito de lograr los objetivos planteados, los resultados de la investigación se presentan con una metodología cuantitativa.

La primer tarea fue hacer un recuento de cuantas personas terminaron el tratamiento y cuantas abandonaron el tratamiento. De las que terminaron el tratamiento, qué resultado obtuvieron. De manera notoria hay una gran cantidad de casos que se retiraron del tratamiento sin que los terapeutas pudieran saber qué ocurrió.

En primer término se accedió al archivo de la clínica y se identificaron las historias clínicas de los usuarios atendidos en el periodo del 08 de febrero del año 2012 al 22 de marzo del año 2017. Las historias clínicas estaban organizadas por años y por semestres. Por cada año había dos carpetas de historias clínicas, las correspondientes al primer semestre, de enero a junio y al segundo semestre, de agosto a diciembre

Para generar una base de datos se capturó la información de 745 historias clínicas en un archivo de excel versión 2016 (16.0). Cada expediente fue registrado con un número de identificación que se agregó, el nombre del paciente, edad, sexo, nivel de estudios, la alcaldía donde vivían en ese momento, teléfono, problema presentado, fecha de inicio y de término del tratamiento, año de atención, número de maniobras, prescripciones, blanco de la intervención, si el cliente fue el paciente identificado, si no, la relación que guardaba con el paciente identificado, número de personas vistas, número de sesiones en general, número de sesiones conjuntas e individuales y el número de sesión que los terapeutas consideraron como desbloqueo del problema; además de las respuestas del seguimiento.

Para poder conocer los resultados del tratamiento para los pacientes se realizaron llamadas de seguimiento. Se crearon 4 parejas de trabajo de terapeutas en formación para realizar las llamadas. La base de datos se dividió en 4 partes; a una pareja de terapeutas se le asignaron 148 números telefónicos mientras que a las 3 parejas restantes 147 números de teléfono junto con un teléfono celular con crédito y una computadora donde podían acceder a través de sus correos electrónicos a los números telefónicos correspondientes, al cuestionario de seguimiento y a la base de datos para capturar la información (respuestas de los pacientes), cada pareja contaba con un dispositivo de audio para grabar todas las llamadas de seguimiento.

Con base en los criterios de exclusión, se incluyeron en el seguimiento todos los casos de terapia que tuvieran un número telefónico vigente y que hubieran terminado la terapia por lo menos seis meses antes de la llamada o hubieran abandonado el tratamiento por lo menos seis meses antes de la llamada. En cada caso el seguimiento se realizó con la persona que había solicitado la consulta.

Materiales

1. Teléfonos inteligentes para realizar las llamadas.
2. Teléfonos inteligentes con aplicaciones para grabar audio.
3. Computadoras con software: Microsoft Windows que incluía la versión 2016 (16.0) de la hoja de cálculo Excel; y acceso a internet.
4. Cuestionario de seguimiento.

Análisis

La información fue capturada en el programa de hoja de cálculo Microsoft Excel versión 2016 (16.0).

Posteriormente se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) versión IBM SPSS 24.0 para Windows, para procesar y analizar los datos.

Capítulo VI. Resultados

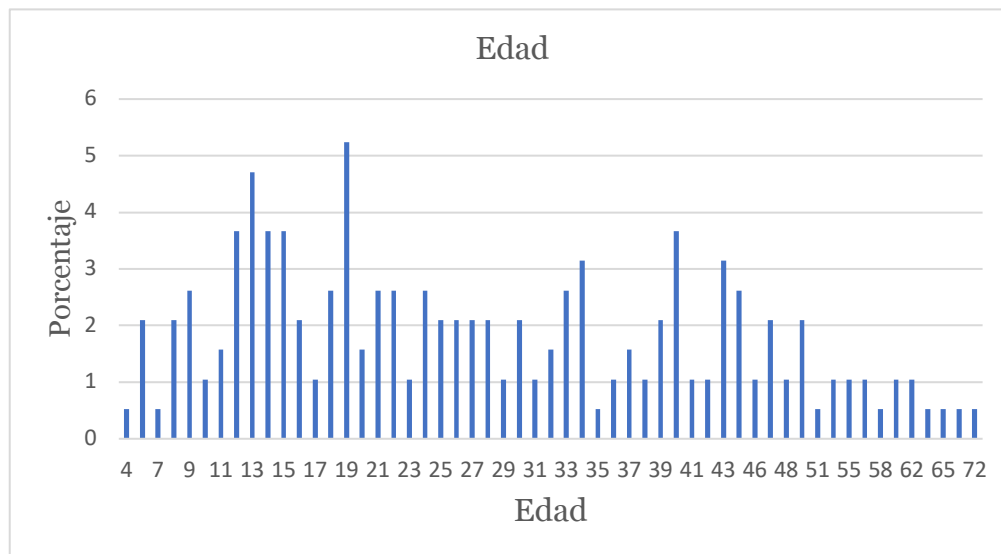
Los resultados se presentan en el siguiente orden: primero, las características sociodemográficas de la población que fue atendida durante esta investigación; segundo, se presentan los resultados encontrados a partir de las llamadas de seguimiento realizadas.

Características Sociodemográficas

En la Figura 1. se muestra la distribución por edades de la total de la muestra ($n = 191$). Las edades de los pacientes entrevistados en el seguimiento abarcan de los 4 a los 72 años. Se encontró que el 5.2% de los pacientes que se les realizó en seguimiento después del tratamiento en la clínica tenían 19 años ($M_o = 19$). La edad media del total de la muestra es de $X = 28.3$.

Figura 1.

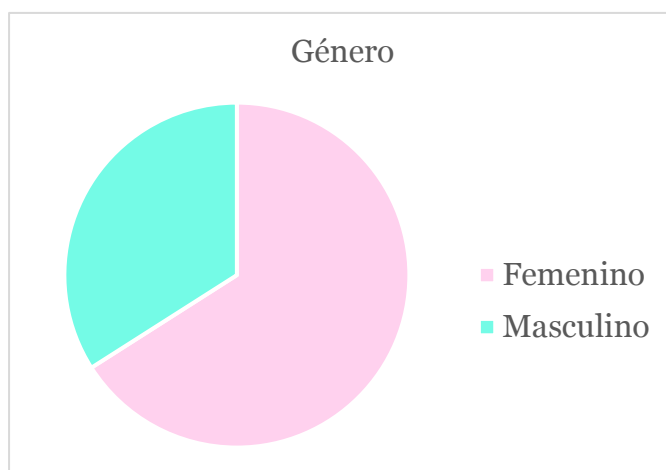
Porcentaje de Edades de Pacientes Entrevistados en el Seguimiento ($n = 191$)



En la Figura 2. podemos observar que del total de la población atendida y a la que se le realizó el seguimiento, el 66 % fueron mujeres y 34% hombres

Figura 2.

Distribución de Género por Porcentajes de los Pacientes Atendidos (n = 191)



Como se muestra en la Tabla 1. el 29.4 % de los pacientes atendidos fueron estudiantes de bachillerato, el 25.3 % estudiantes de licenciatura, 24.2 % eran estudiantes de secundaria; 17 % estudiantes de primaria, 1 % estudiantes con licenciatura trunca y el 0.5% estudiantes de preescolar.

Tabla 1.

Distribución de Niveles de Escolaridad por Porcentajes de Pacientes Atendidos (n=194)

	N	%
Primaria	33	17,0%
Secundaria	47	24.2%
Bachillerato	57	29.4%
Licenciatura	49	25.3%
Licenciatura Trunca	2	1.0%
Preescolar	1	0.5%
Perdidos Sistema	5	2.6%

Nota. Anteriormente se mencionó que del total de la población 3 participantes retiraron su participación durante el seguimiento, por lo que se cuentan como casos perdidos, sin embargo en esta variable se suman 2 casos perdidos más.

En la Tabla 2. se muestra la categorización de los problemas presentados por todos los pacientes que recibieron tratamiento en la clínica y a los que posteriormente se les aplicó el cuestionario de seguimiento.

Tabla 2.

Distribución por Porcentajes de los Problemas Presentados por los Pacientes Atendidos (n =194)

	N	%
Problema Personal	73	37.6%
Problema Familiar	28	14.4%
Problema de Pareja	23	11.9%
Problema de Conducta	25	12.9%
Problema de Crianza	17	8.8%
Problema de Rendimiento Académico	14	7.2%
Problemas de Lenguaje	7	3.6%
Problemas de Autolesiones	2	1.0%
Problemas Alimenticios	2	1.0%
Problemas de Enuresis	2	1.0%
Problemas de Adicciones	1	0.5%

En la Tabla 3. se muestra la distribución respecto al porcentaje de la percepción del resultado de tratamiento por los terapeutas durante la captura inicial de los datos. Del total de los casos (n = 194) a los que se realizó seguimiento, y con base en la revisión realizada en los expedientes clínicos, 142 (73.2 %), fueron considerados como abandonos; 35 (18 %) fueron casos

considerados como exitosos, y 17 (8.8 %) fueron casos que no tenían la información necesaria para considerarse como abandonos o exitosos.

Tabla 3.

Distribución por Porcentajes de la Percepción del Tratamiento (n = 194)

	N	%
Éxito	35	18.0%
Deserción	142	73.2%
Perdidos	17	8.8%

Resultados a Partir del Seguimiento

La Tabla 4. Muestra los resultados de las llamadas de seguimiento, 142 (73.2%) pacientes de una muestra de n = 191 reportaron en el seguimiento, que el problema por el que buscaron acudir a la clínica para tratamiento psicoterapéutico mejoró, datos que parecen coincidir con los hallazgos de Talmon (1990). 30 pacientes (15.5%) reportaron que el problema por el que acudieron a psicoterapia se mantuvo, es decir, no hubo cambio en el problema; y finalmente 19 pacientes (9.8%) reportaron durante la llamada de seguimiento que el problema por buscaron psicoterapia empeoró.

Tabla 4.

Respuestas de Seguimiento de los Pacientes Atendidos (n=191)

	N	%
Mejóro	142	73.2%
Se Mantuvo	30	15.5%
Empeoró	19	9.8%
Perdidos	3	1.5%

Para los casos que se consideraron y se clasificaron como deserción o abandono (n = 142, veáse Tabla 3.), 107 casos reportaron en el seguimiento que habían mejorado, 19 mencionaron que el problema se había mantenido desde la última sesión de tratamiento; es decir reportaron que no hubo cambio. De estos casos, considerados como abandono, 1 reportó que había mejorado pero en otra terapia, por lo que se puede considerar como un fracaso; 15 informaron que el problema por el que se presentaron había empeorado y por lo tanto también son considerados fracasos. 2 casos dentro de esta categoría retiraron su participación durante la llamada de seguimiento.

De los 35 casos considerados como exitosos, 24 reportaron que efectivamente el problema había mejorado, 5 reportaron que el problema se mantuvo, 3 informaron que su problema había empeorado; y 1 retiró su participación durante el seguimiento.

Los 17 casos restantes son aquellos en los que no se supo lo que había ocurrido con los pacientes, ni los terapeutas en formación que atendieron el caso, ni la supervisora sabían cómo registrar esos casos, pues fueron pacientes que abandonaron el tratamiento y no se reportaron más, ni se realizó el seguimiento, al momento de la revisión de los casos tampoco se encontró evidencia si se trataban de casos de éxito o fracasos. 10 de estos casos reportaron mejorías en el seguimiento, 6 informaron que el problema por el que acudieron a terapia se mantuvo o no hubo cambios y sólo 1 declaró que el problema había empeorado.

Se agregaron las variables “Surgimiento de nuevos problemas”, “Resolución de problemas no vistos en el tratamiento” y “Recibir más terapia” como indicadores de mejoría o empeoramiento una vez finalizado el proceso terapéutico. Estos indicadores también fueron extraídos de las preguntas de seguimiento originales del Brief Therapy Center de Palo Alto (Weakland et al., 1974).

Como se puede apreciar en la Tabla 5, se observa la relación entre el tipo de problema que presentaron los pacientes y el resultado reportado para cada categoría de problema tratado en la Clínica Universitaria, siendo los problemas personales los que mayor solicitud de atención tuvieron pero también los que muestran mayor mejoría (38%) respecto de los demás. En esta misma tabla se puede observar que los problemas de pareja son aquellos que más reportaron fracasos (26.3 %) en comparación con las demás categorías.

Tabla 5.

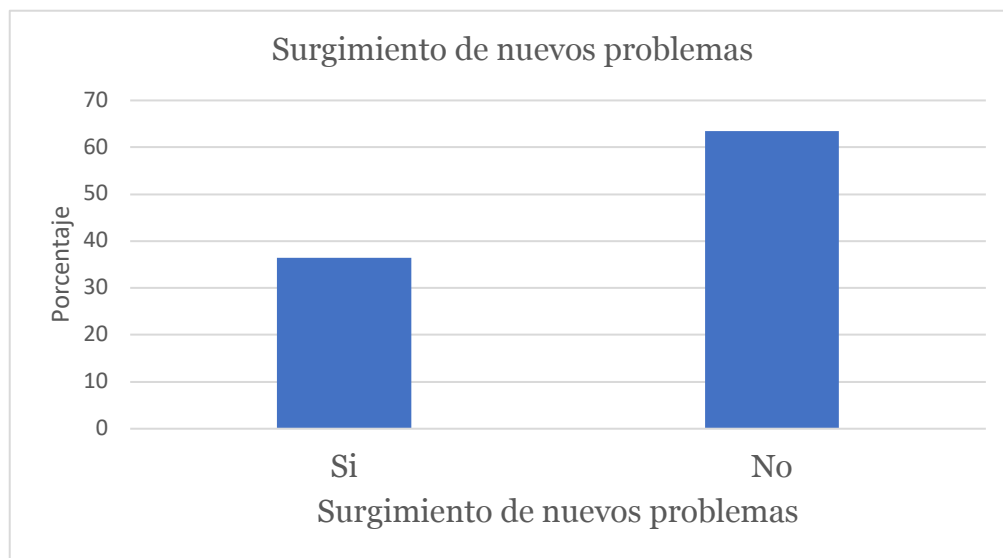
Tabla de Contingencia de la Relación entre Tipo de Problema y Resultado del Seguimiento (n = 191)

Tipo de problema	Mejóro	Se Mantuvo	Empeoró	Total
Problema Personal	54	13	4	71
Problema Familiar	22	4	2	28
Problema de Pareja	15	2	5	22
Problema de Conducta	16	6	3	25
Problema de Crianza	11	3	3	17
Problema de Rendimiento Académico	11	2	1	14
Problemas de Lenguaje	7	0	0	7
Problemas de Autolesiones	1	0	1	2
Problemas Alimenticios	2	0	0	2
Problemas de Enuresis	2	0	0	2
Problemas de Adicciones	1	0	0	1
Total	142	30	19	191

Respecto a la variable “Surgimiento de nuevos problemas”, 61.9 % de los pacientes (120 casos) reportaron que no surgieron más problemas una vez finalizado el seguimiento; el 35.6 % (69 casos) reportaron lo contrario, el 2.6% restante (5 casos) fueron casos perdidos (ver Figura 3).

Figura 3

Distribución por Porcentajes de la Variable Surgimiento de Nuevos Problemas de los Pacientes Atendidos (n = 194)



112 pacientes (57.7 %) reportaron que resolvieron más problemas que no se relacionaban con el problema resuelto durante el proceso psicoterapéutico una vez finalizado el mismo. 79 pacientes (40.7 %) reportaron que no resolvieron más problemas después de finalizar el tratamiento (ver Tabla 6.).

Tabla 6.

Distribución por Porcentajes para la Variable Resolución de Problemas No Vistos en el Tratamiento de los Pacientes Atendidos

Respuesta	N	%
Si	112	57.7%
No	79	40.7%
Perdidos	3	1.5%

Respecto al último indicador, 135 pacientes (69.6 %) indicaron no haber recibido más terapia tras haber finalizado el tratamiento, por el contrario 55 consultantes (28.4 %) mencionaron si haber necesitado más terapia o haber buscado otra terapia para resolver el mismo problema por el que acudieron a la clínica una vez finalizado el tratamiento. Del restante de la muestra (2.1 %), como se puede observar en la Tabla 7., 3 fueron los casos perdidos de la muestra y 1 decidió no contestar esta pregunta.

Tabla 7.

Distribución por Porcentajes para la Variable Recibir Más Terapia por el Mismo Problema de los Pacientes Atendidos

Respuesta	N	%
Si	55	28.4%
No	135	69.6%
Perdidos	4	2.1%

Como se puede apreciar en la Tabla 8, se calculó la frecuencia y los porcentajes del número de sesiones de la muestra, la media de sesiones es de $X = 5.22$, con una desviación típica de $s = 3.48$ y un valor modal de 3 sesiones ($Mo = 3$), siendo estos resultados muy parecidos a los encontrados por Beyebach et al., (1997).

Tabla 8.

Distribución de Porcentajes del Número de Sesiones a la que asistieron los Pacientes Atendidos

Número de Sesiones	N	%
1	22	11.3%
2	15	7.7%
3	31	16.0%
4	26	13.4%
5	19	9.8%
6	23	11.9%
7	18	9.3%
8	14	7.2%
9	8	4.1%
10	6	3.1%
11	2	1.0%
12	1	0.5%
13	2	1.0%
15	2	1.0%
16	1	0.5%
17	1	0.5%
27	1	0.5%
Perdidos	2	1.0%

Nota. Del total de la población 3 participantes retiraron su participación durante el seguimiento, por lo que se cuentan como casos perdidos, sin embargo en esta variable se suman 2 casos perdidos más.

Para ampliar el conocimiento de los resultados del seguimiento respecto al número de sesiones a las que asistieron los pacientes, se realizó una tabla de contingencia (ver Tabla 9.), donde se observa la distribución de pacientes por número de sesiones a las que asistieron y el resultado que se registró después de la llamada de seguimiento. De este modo, del número de pacientes que asistieron a 1 sesión ($n = 20$) el 90% (18 casos) reportaron en el seguimiento que mejoraron, un 5% (1 caso) reportó que el problema se había mantenido y el 5% restante (1 caso) reportó que el problema había empeorado. De los 15 pacientes que asistieron a 2 sesiones, el 66.7% (10 casos) reportó que el problema había mejorado, el 13.3 % (2 casos) mencionó que su problema se mantuvo y el 20% restante (3 casos) que el problema por el que asistieron había empeorado. De los pacientes que asistieron a 3 sesiones ($n = 31$), 83.9% (26 casos) reportaron que el problema por el que asistieron mejoró, el 16.1% restante mencionó que el problema se mantuvo, en esta categoría no hubo personas que reportaran que el problema había empeorado.

Tabla 9.*Tabla de Contingencia de la Relación entre Número de Sesiones y Resultado del Seguimiento*

Número de Sesiones	Mejóro	Se Mantuvo	Empeoró	Total
1	18	1	1	20
2	10	2	3	15
3	26	5	0	31
4	13	7	6	26
5	13	3	3	19
6	17	3	2	22
7	12	3	3	18
8	11	2	1	14
9	7	1	0	8
10	5	1	0	6
11	2	0	0	2
12	0	1	0	1
13	2	0	0	2
15	2	0	0	2
16	1	0	0	1
17	1	0	0	1
27	1	0	0	1
Total	141	29	19	189

Capítulo VII. Discusión

Los resultados obtenidos en la característica demográfica de edad arrojaron que la Clínica Universitaria ha atendido hasta el periodo de Marzo de 2017 pacientes con edades de entre 4 y 72 años, siendo jóvenes de entre 12 y 19 años quienes más solicitan la ayuda.

Para los resultados obtenidos en la característica de género se ha visto evidente que quienes más llegan a solicitar psicoterapia son las mujeres, siendo en esta muestra casi el doble con 128 participantes (66 %) que los hombres con 66 participantes (34 %). Estos resultados guardan relación con lo encontrado por los investigadores de SYPRENRE, Vitry, Pakrosnis, Brosseau y Duriez, (2021), donde se halló que de una muestra de 1150 pacientes el 64 % se identificaron como mujeres y el 36 % se identificaron como hombres.

En cuanto a los niveles de escolaridad la mayoría de pacientes reportaron tener el bachillerato completo, seguido de aquellos que cuentan con licenciatura, secundaria y primaria; de modo que la clínica ha atendido a pacientes con diferentes escolaridades sin esto representar un problema para la atención.

Respecto a la categorización de problemas, en su mayoría han sido problemas personales (37.6 %), seguidos de problemas familiares (14.4 %), problemas de conducta (12.9 %), problemas de pareja (11.9 %), problemas de crianza (8.8 %), problemas de rendimiento académico (7.2 %), problemas de lenguaje (3.6 %), problemas de autolesiones, alimenticios, enuresis (1%) y problemas de adicciones (0.5%). Con base en estos resultados podemos considerar que el Modelo de Terapia Breve del BTC aplicado en esta clínica ha atendido y ha logrado hacer frente a una amplia gama de problemas presentados por los participantes de esta muestra.

En un primer momento era evidente que los casos que abandonaron el tratamiento eran mayores a los pacientes que continuaron su proceso terapéutico hasta su terminación. De acuerdo con los terapeutas participantes en el presente estudio, el 73.2 % del total de la población fueron casos que abandonaron el tratamiento, y sólo un 18% de casos que llegaron a término, a diferencia de los estudios realizados por Beyebach, Rodríguez, Arribas de Miguel, Herrero de Vega, Hernández y Rodríguez (1997), en España con el mismo modelo utilizado en la presente investigación; sin embargo presentando una variación al combinar el modelo original con el modelo de Terapia Centrada en Soluciones (TCS), donde el abandono se registra en un 16% y un 74% para los casos que terminan la terapia. Cabe mencionar que la combinación de estos modelos no representan un alejamiento del modelo utilizado en la actual investigación, ya que las premisas

de la TCS toman de base al modelo de Resolución de Terapia Breve para su ejecución. La alta tasa de abandono o deserción del tratamiento encontrada en la presente investigación puede ser vista desde la perspectiva y resultados de la Terapia de Única Sesión (Talmon, 1990), donde el 79% de los pacientes reportan mejorías a pesar de haber asistido únicamente a 1 sesión. A pesar a que los pacientes llegan a la terapia y en un periodo corto de tiempo abandonan la misma, lo que sucede dentro de las sesiones a las que acuden les ayuda con el problema que intentan resolver por medio del tratamiento.

Por otro lado, el número de sesiones promedio obtenido en la presente investigación es de 5.22, acorde con lo encontrado en otras investigaciones realizadas bajo el mismo modelo de tratamiento (a excepción de Beyebach y Rodríguez, como se menciona anteriormente), en 1986 De Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis (1986, en Beyebach y Rodríguez, 1994), quienes reportan una media de 6 sesiones; Nunnally (1990, en Beyebach y Rodríguez, 1994); reportó una media de 4.66; Beyebach y Rodríguez, (1994), reportan una media de 5.64 y por último Vitry, Pakrosnis, Brosseau y Duriez, (2021), quienes reportan un promedio de 5,4 sesiones. Todo ello concuerda con lo escrito por Beyebach y Rodríguez (1994), quienes sostienen que todos los trabajos de evaluación de resultados coinciden con un número medio de sesiones que varía entre 4 y 9, y que parece tender a reducirse cada vez más. De la misma forma, estos autores mencionan, siguiendo la lógica sistémica, que los cambios que experimentan los pacientes son constantes, y que se producen independientemente de la "dosis" de terapia que reciban.

Siguiendo el objetivo de este estudio, el 73.2 % de los pacientes reportaron en el seguimiento que el problema por el que acudieron a terapia mejoró, resultados que guardan relación con lo que sostienen Beyebach y Rodríguez (1994), quienes señalan que todos los trabajos de evaluación de resultados coinciden en arrojar una tasa de mejorías que se sitúa entre el 70% y el 90% de los casos atendidos. Estos resultados se obtienen después de un número reducido de sesiones que en su mayoría llega a 9 y excepcionalmente pasan de 10 sesiones. En suma, los cambios mencionados por los pacientes parecen ser estables a lo largo del tiempo ya que el seguimiento fue realizado con un mínimo de 6 meses antes de la última sesión y un máximo de 5 años para los primeros pacientes que constituyen esta muestra.

Del mismo modo, estos resultados no se alejan y son consistentes con lo obtenido por Talmon (1990) quien en la Terapia de Única Sesión obtuvo un 88% de mejoría; Pérez Grande

(1990, en Beyebach y Rodríguez, 1994) quien obtuvo un 71 % de mejoría; De Shazer et al., quienes obtuvieron un 72 % de mejoría (1986, en Beyebach y Rodríguez, 1994); Nunnally (1990, en Beyebach y Rodríguez, 1994) que reportó el 80% de mejoría; Fontecilla, Ramos y Rodríguez-Arias, reportaron un 80 % de mejoría, (1993, en Beyebach y Rodríguez, 1994); Beyebach et al. (1997), quienes reportaron el 74% de mejoría; y Vitry et al. (2021), quienes reportan que la tasa de éxito osciló entre el 70% y el 95%.

Estos resultados también arrojan la información de la mejoría, mantenimiento y empeoramiento de los problemas en su relación por categoría de problemas, de acuerdo con los hallazgos, los problemas que mayor mejoría reportaron fueron los problemas personales con un 38%, dentro del total de problemas que mejoraron (142). Estos resultados también parecen coincidir con los encontrados por Beyebach y Rodríguez (1994), quienes detallan que la terapia parece ser más eficaz cuando se aplica a quejas categorizadas como "personales" con un éxito del 84%. Sin embargo cabría destacar que este porcentaje puede ser el más alto porque la categoría de problemas personales también se halló como la categoría por la que más solicitaban ayuda las personas que asistieron a la clínica.

En contraste, la categoría que más reporta fracasos son los problemas de pareja obteniendo un 26 % dentro del total de problemas que reportaron que empeoraron (19), por lo tanto, en esta investigación podemos mencionar que donde menos ha sido efectiva la terapia es en los problemas de relación de pareja, sin embargo a pesar de ser la cifra más alta para los resultados que empeoraron, la categoría de problemas de pareja tuvo una cifra alta dentro de los resultados donde hubo mejorías.

Con esta información podemos contestar a la pregunta de investigación, ¿Cuál es el resultado de los pacientes que han asistido y han abandonado el tratamiento de Atención Psicológica en la Clínica Universitaria del oriente de la zona metropolitana? Ya que se han identificado los resultados de los problemas presentados que los pacientes obtuvieron después de recibir el tratamiento de Terapia Breve de Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del MRI. De la muestra general, $n = 191$, este estudio reporta un 73. 2% de mejoría, 15.5% de problemas donde no hubo cambios y 9.8% de problemas que empeoraron.

Para contestar la pregunta sobre “¿Cuáles son las evidencias de mejoría y bienestar después de finalizar el proceso terapéutico?” y “¿Cuáles son los indicadores de mejoría que reportan los pacientes una vez finalizado el proceso terapéutico?”; Tomamos los resultados obtenidos en la

Tabla 6, la variable *Resolución de Problemas No Vistos en el Tratamiento*, donde un 57 % de casos (112) reportan haber resuelto problemas diferentes después del tratamiento por el que solicitaron ayuda terapéutica. Esto podría indicar que las estrategias de resolución de problemas vistas durante el tratamiento no sólo son utilizadas para el problema en curso (en el momento en que el paciente acude al servicio), sino que también son utilizadas para los problemas que aparecen después del tratamiento, quizá durante el mismo tratamiento.

Estos hallazgos corresponden a los encontrados por Pérez Grande (1990, en Beyebach y Rodríguez, 1994), quien reporta que el 38% de los clientes informó de nuevas mejorías tras el tratamiento, de igual forma, estos resultados son consistentes con los de Talmon (1990) que reporta que el 65 % de los pacientes informó haber tenido otros cambios positivos que claramente no estaban relacionados con el problema que se presentaba y podrían atribuirse a un efecto dominó. Estos datos se complementan con la variable *Recibir Más Terapia por el Mismo Problema*, que muestran que del total de la población, el 69.9 % declara no haber recibido más terapia por el mismo problema.

Para la pregunta “¿Cuáles son las evidencias de empeoramiento después de finalizar el proceso terapéutico?” y “¿Cuáles son los indicadores de empeoramiento que reportan los pacientes una vez finalizado el proceso terapéutico?”, tomamos los resultados reflejados en la Tabla 6 y la Tabla 7, de la variable *Resolución de Problemas No Vistos en el Tratamiento* y la variable *Recibir Más Terapia por el Mismo Problema*; donde se indica que en la primera, 79 pacientes (40.7 %) declaran que si surgieron nuevos problemas y, y por lo tanto podemos asumir que hubo un empeoramiento del problema. Para la segunda variable, 55 pacientes (28.4 %) reportan que si recibieron más terapia u otro tipo de terapia por el mismo problema por el que asistieron a terapia, dando entender que el proceso terapéutico llevado a cabo en la Clínica Universitaria no funcionó.

El Alto Índice de Deserción

Los hallazgos encontrados en esta investigación son particularmente importantes porque una forma de entender el alto índice de deserción sería considerar el punto de vista que ofrecen los resultados de la Terapia de Única Sesión (Talmon, 1990), donde todos los recursos con los que llega el paciente son potenciados desde la primera sesión de tal suerte que con ello basta para que el paciente mejore haciendo algo para cambiar su problema o cambie la perspectiva de su problema. Finalmente las terapias sistémicas han demostrado a lo largo del tiempo que los

pacientes no necesitan terapias de larga duración y por lo tanto la idea de asociar que mientras más larga la duración de la terapia, mejor se sentirá el cliente, no es del todo cierta.

De acuerdo con Bernard Bloom (1981, en Talmon, 1990): “Los encuentros de una sola sesión entre profesionales de la salud mental y sus clientes son resarciblemente comunes. No solo se subestima su frecuencia, sino que, lo que es más importante, su impacto terapéutico también parece estar subestimado.”

En esta investigación ha sobresalido que los pacientes que más abandonan la terapia lo hacen después de 3 sesiones, los resultados llaman la atención porque pese a abandonar el tratamiento han sido los pacientes quienes reportaron en el seguimiento que habían mejorado. A esto podemos sumarle que, como se mencionó en el capítulo II, si la alianza terapéutica es un factor importante para el resultado que el cliente obtiene de la psicoterapia, esta podría ser otra razón por la que los pacientes abandonan el tratamiento en el contexto de la clínica universitaria, pues los terapeutas que ofrecen el servicio en estas clínicas lo hacen en calidad de terapeutas en formación y con un interés genuino por aprender a ser profesionales y obtener las habilidades necesarias, por lo mismo pensaríamos que el interés de ayuda a sus pacientes también es genuino. Por otra parte, la percepción de la terapia psicológica en el contexto de la cultura mexicana no ha resultado atractiva puesto que la gran mayoría de la gente piensa que acudir con un psicólogo es sólo para la gente loca, insana, anormal o con problemas muy graves. Este argumento podría ser aquel que lleve a la gente no sólo a no asistir a terapia si no a abandonar el tratamiento de manera temprana, sin embargo, los hallazgos de esta investigación han encontrado que pese a la pronta terminación las sesiones fueron útiles e incluso mejoraron el problema que los llevó a buscar terapia. Otra posible respuesta, es el apremio de sus necesidades de existencia, en cuanto sienten mejoría, se sienten en condiciones de atender sus propias demandas de existencia.

En México las investigaciones sobre terapia breve son escasas, sobre este modelo en particular lo son más porque no han existido organismos que utilicen las premisas de las terapias sistémicas para hacer investigación. De esta forma los resultados aquí expuestos se han llevado a cabo a una muy pequeña escala, no obstante, estos datos nos abren las puertas hacia algunas conclusiones sobre la eficacia de esta terapia y su utilidad en esta clínica universitaria. De hecho, y de acuerdo con Chubb, Nauts y Evans (1984), este enfoque puede hacer frente a las demandas prácticas de una clínica ocupada y reducir el tiempo de atención para que los consultantes logren

hacer un cambio efectivo y así, reducir el número de listas de espera, dando así una respuesta y propuesta para la alta demanda que han tenido los sistemas de salud mental en México.

Por último, con esta investigación, y los resultados obtenidos de la misma, se hace énfasis en la importancia de realizar seguimiento a los pacientes sin importar la condición en la que terminan la terapia, siendo esta si tuvieron un tratamiento completo o abandonaron durante el tratamiento. Asimismo se exhorta a los psicólogos a no considerar el final de la terapia la última sesión que tiene el paciente frente al terapeuta, pues con estos datos también podemos concluir, como se expuso en el capítulo II, que la mejoría terapéutica puede establecerse los meses siguientes después de haber terminado el tratamiento. Finalmente si el proceso terapéutico ha sido eficiente se mantendrá en el tiempo.

Limitaciones del Estudio

Este estudio no nos permite hacer ninguna afirmación sobre el efecto de la terapia ya que al no existir un grupo control se pierde rigurosidad y no se permite atribuir los cambios registrados por los pacientes al tratamiento aplicado y no a variables extrañas durante el transcurso del tratamiento de cada paciente. Por el contrario este estudio no deja de ser descriptivo e informativo y en este caso específico podemos descartar que las personas que se acuden a Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC no mejoren o que incluso dichas mejorías no se mantengan en el tiempo.

Líneas Futuras de Investigación

Los datos que se generaron en esta investigación pueden ser estudiados con mayor detalle e incluso ampliados en próximas investigaciones; por ejemplo, la muestra utilizada para estos datos constó únicamente de los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, sin embargo si sometiéramos a análisis descriptivos toda la muestra inicial, podríamos obtener con mayor precisión los datos restantes de consultantes que han asistido a terapia a esta clínica entre el periodo de febrero del año 2012 a marzo de 2017.

Dadas las bases de este estudio, se pueden iniciar investigaciones que se compongan de mayor rigurosidad metodológica, es decir someter el tratamiento con diferentes variables y con grupos control y experimentales, con el objetivo de poder atribuir los cambios a la terapia.

Otras variables posibles a considerar para futuras investigaciones son las que hacen referencia a la alianza terapéutica, pues de esta forma también se pueden indagar las cualidades de los terapeutas en formación que dan la atención durante su periodo de servicio social y de esta forma sentar antecedentes a investigaciones rigurosas que profundicen en la alianza terapéutica que se genera con esta modalidad de terapia.

De la misma manera, aunque de forma más ambiciosa, se pueden comenzar investigaciones en otras instituciones utilizando el mismo modelo de terapia con el fin de extender los hallazgos.

Referencias

- Anger-Díaz, B., Schlanger, K., Rincón, C. y Becerra, A. (2003). Problem-Solving Across Cultures: Our Latino Experience. *Journal of Systemic Therapies*, 23(4), 11-27.
- Anger-Díaz, B. Y Anger, K. (2011). Mental Research Institute's Brief Therapy Approach to Couple Therapy. En D. K. Carson, y M. Casado-Kehoe (Eds.). *Case Studies in Couples Therapy* (pp. 145-160). Routledge.
- Barros, V., P., y Matamoros, L., M. (2009). *Percepción de cambio atribuida al proceso de asistencia psicológica humanista breve en estudiantes de la facultad de medicina de la universidad de Chile*. [Tesis].
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106229/Percepcion-de-cambio.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar: Los personajes y las ideas*. Paidós.
- Beyebach, M., y Rodríguez, M., A. (1994). Terapia Sistémica Breve: Trabajando con los Recursos de las Personas. En M. Garrido y J. García (Eds). *Psicoterapia: Modelos Contemporáneos y Aplicaciones* (pp. 241-281). Promolibro.
- Beyebach, M., Rodríguez, S., M., Arribas de Miguel, J., Herrero de Vega, M., Hernández, C., y Rodríguez Morejón, A. (1997). *Un estudio sobre el proceso y el resultado de la terapia familiar breve*. [Tesis].
- Botella, J. (2000). El papel de los estudios de resultados de las terapias psicológicas. *Psicothema*, 12(2), 176-179.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía Breve de Terapia Breve*. Paidós.
- Castro, S., A. (2002). ¿Son Eficaces las Terapias Psicológicas? *Psicodebate No. 3. Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 59-90. <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.503>
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998). *La Construcción del Universo. Conceptos Introductorios y Reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Herder.
- Ceberio, M. (1999). Ciencias modernas, complejidad y psicoterapia. En Nardone, G., y Watzlawick, P. (1999). *Terapia Breve: Filosofía y Arte* (pp. 25-34). Herder.
- Chubb, H., Nauts, P., y Evans, E. (1984). The Practice of Change: A working MRI/Brief Therapy Clinic. *Australian Journey*, 5(3), 181-184.
- Chubb, H., y Evans., E. (1990). Therapist Efficiency and Clinic Accessibility with the Mental Health Research Institute Brief Therapy Model. *Community Mental Health Journal*, 26 (2), 139-148.
- Echeburúa, E. y del Corral, P. (2001). Eficacia de las Terapias Psicológicas: de la investigación a la Práctica Clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Estrada, B., Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la Terapia Centrada en las Soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *MOSAICO, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 36,33-41.

- Erickson, M., Haley, J., y Weakland, J., (1980). A Transcript of a Trance Induction with Commentary. En E. Rossi (Ed.), *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis: Volume 1, The nature of Hypnosis and Suggestion* (pp. 206-257). Irvington.
- Fernández, J., Luengo, M., García, J., Cabero, A., González, M., Braña, B., Cuesta, M., y Caunedo, P. (2010). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: Diseño, tratamientos y procedimiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(108), 563-580.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo Incambiabile: la terapia breve en casos intimidantes*. Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (2003). *La Táctica del Cambio: Cómo Abreviar la Terapia*. Herder.
- García, L. (2008). Historia Reciente de la Investigación en Psicoterapia. *Revista Psiencia*, 1(1), 1-6.
- Gavino, A. y Godoy, A. (1993). Motivos del abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(66), 511-536.
- Gill, L. (1999). *How to work with just about anyone: a 3-step solution for getting difficult people to change*. Simon and Schuster.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.
- Jackson, D. (1959). Family Interaction, Family Homeostasis, and some Implications for Conjoint Family Psychotherapy. En W. Ray (Ed.). *Don D. Jackson, M.D. Interactional Theory in the Practice of Therapy. Selected Papers, Volume 2*, (pp.1-20). Zeig, Tucker y Theisen.
- Jackson, D. (1965) The Study of The Family. En P. Watzlawick y J. Weakland (Eds.), *The Interactional View. Studies at the Mental Research Institute Palo Alto 1965-74* (2-20). Norton.
- Keeney, B. (1994). *Estética del Cambio*. Paidós.
- Labrador, F., Estupiñá, F., y García Vera, M. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22(4), 619-626.
<https://www.redalyc.org/html/727/72715515013/>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, M., C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J. Rojas, G. E. Zambrano, R. J., Casanova, R. L, Aguilar, G. S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/articulos/encuesta_%20patologia_mental.pdf
- Moreno, M., J., Rozo, M., y Cantor, M. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 6(2), 23-34.
- Moriana, J., A., y Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.

- Mustaca, A., E. (2004a). Tratamientos Psicológicos Eficaces y Ciencia Básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 11-20.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536102>
- Mustaca, A., E. (2004b). El Ocaso de las escuelas de psicoterapia. *Revista Mexicana de Psicología*, 21(2), 105–118.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (1999). *Terapia Breve: Filosofía y Arte*. Herder.
- Porcel, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, 14, 1-16.
- Primero, G., y Moriana, J., A. (2011). Tratamientos con Apoyo Empírico. Una Aproximación a sus Ventajas, Limitaciones y Propuesta de Mejora. *Revista IIPSI, Facultad de Psicología*, 14(2), 271-276.
- Organización Mundial de la Salud. (08 de mayo de 2018) *Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (08 de mayo 2018). *Trastornos Mentales*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (08 de mayo 2018). *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1
- Ray W. y Watzlawick P. (2006). El Enfoque Interaccional. Conceptos Perdurables del Mental Research Institute (MRI). En A. Roizblatt (Eds.), *Terapia Familiar y de Pareja* (pp. 191-208). Mediterráneo.
- Ray, W. (2009). *Don D. Jackson, M.D. Interactional Theory in the Practice of Therapy. Selected Papers, Volume 2*. Zeig, Tucker y Theisen.
- Ray, W., A. (2011). In Honor of Richard Fisch, MD: A Founding Father of Brief Therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 30(4), 76-88.
- Rohrbaugh, M. J., y Shoham, V. (2001). Brief Therapy Based on Interrupting Ironic Processes: The Palo Alto Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 66-81.
- Romero, M., A. (2004). *Factores Atribucionales de la Efectividad Psicoterapéutica: Variables Específicas versus Factores Comunes*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Sevilla.
- Sandoval, J. M. (15 de mayo 2018). *La Salud Mental en México*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Schlanger, K. (2011). “Problem-Solving Brief Therapy: The Palo Alto Approach to Working with a Latino Couple”. En D. K., Carson y M., Casado-Kehoe (Eds.), *Case Studies in Couples Therapy* (pp. 133-144). Routledge.
- Schlanger, K., Cinella, M., Díaz, G. y González, P. (2014). Hoy en Palo Alto: Un Trabajo en Escuelas Californianas con Población Inmigrante. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández (Eds.), *Pensamiento Sistémico. Nuevas Perspectivas y Contextos de Intervención* (pp. 75-95). Litteris.

- Secretaría de Salud. (2013). *Programa de acción específico 2013-2018*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Semerari, A. (2003). *Historia, teorías y técnicas de la terapia cognitiva*. Paidós.
- Solís, C. y Vargas, P. (2015). El servicio de Psicología Clínica en el marco de la atención universitaria. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 5(9), 63-76.
- Talmon, M. (1990). *Single Session Therapy. Maximizing the Effect of the First (and Often Only) Therapeutic Encounter*. Jossey-Bass.
- Talmon, M. (1993). *Single Session Solutions. A Guide to Practical, Effective, and Affordable Therapy*. Addison-Wesley
- Thomas, M. y De Gracia, M. (2008). El origen del movimiento cibernético: Las Conferencias Macy y los primeros modelos mentales. *Revista de Historia de la Psicología*, 29(3-4), 261-268.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguiluz (Ed.), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 1-27). Editorial Pax.
- Vargas, P. (2007). La visión orientada a los sistemas de interacción: El Centro de Terapia Breve del MRI. En M. García (Ed.), *Estrategias de evaluación e intervención en psicología* (pp. 127-162). Miguel Ángel Porrúa editores y UNAM.
- Vargas, P., Beltrán, R., L., Mandujano, V., S., y Cruz, S., V. (2009). La Práctica de la Terapia Sistémica en la FES Zaragoza. En C. Palacios, S. Bastar y A. Miranda, (Eds.), *La Carrera de Psicología en la FES Zaragoza. Una revisión académica y sociohistórica* (pp. 519-532). UNAM.
- Vargas, B. y Villamil, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1), 3-9.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v39n1/0185-3325-sm-39-01-00003.pdf>
- Velázquez, R., A., Sánchez, S., J., Lara, M., y Senties, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: motivos y contexto institucional. *Revista De Psicología*, 18(2), 315-340.
- Vitry, G., Pakrosnis, R., Brosseau, O., G., y Duriez, N. (2021). Effectiveness and Efficiency of Strategic and Systemic Therapy in Naturalistic Settings: Preliminary Results from a Systemic Practice Research Network (SYPRENE). *Journal of Family Therapy*, 43(4), 516-537.
- Vitry, G., de Scorraille, C., y Hoyt, M., F. (2021). Redundant Attempted Solutions: 50 Years of Theory, Evolution, and New Supporting Data. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 42, 174–187. 10.1002/anzf.1448
- Watzlawick, P. y Weakland, J. (1977). *The Interactional View. Studies at the Mental Research Institute Palo Alto 1965-74*. Norton.
- Watzlawick, P. (1979). *¿Es Real la Realidad? Confusión, Desinformación, Comunicación*. Herder.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. y Jackson, D. (1987). *Teoría de la Comunicación Humana*. Herder.
- Watzlawick, P. (1992). *La Coleta del Barón Münchhausen: Psicoterapia y Realidad*. Herder.

- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1992). *Cambio, formación y solución de los problemas humanos*. Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. En P. Watzlawick y J. Weakland, (Eds.), *The Interactional View. Studies at the Mental Research Institute Palo Alto 1965-74* (pp. 274-299). Norton.
- Weakland, J. (1983). "Family Therapy" with Individuals. *Journal of Systemic Therapies*, 29(4), 40-48.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto. Historia y Evolución de las Ideas Esenciales*. Herder.

Apéndice A

Historia clínica



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD**



F1. CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales y *en mi calidad de* _____ (*paciente/cliente/usuario, tutor/a o representante legal* de este).

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

1. Se me ha informado de las condiciones bajo las cuales se me proporcionará atención / tratamiento psicológico (costos, horarios, procedimientos, dinámica de trabajo, etc.), por lo que doy mi consentimiento para que las entrevistas que me involucran a mí y/o a los miembros de mi familia sean observadas por los profesionales de la institución y/o profesionales externos, invitados para observar su trabajo.
2. Asimismo, doy mi consentimiento para que estas entrevistas sean grabadas en audio y en video, y que sus transcripciones o partes seleccionadas, así como las notas clínicas y demás datos sean utilizados por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z), UNAM y los psicólogos responsables con fines de enseñanza (reportes clínicos, sesiones clínicas), investigación y publicación en revistas, libros y otras publicaciones de carácter científico y profesional.
3. Entiendo que la FES-Z, UNAM y sus profesionales son los responsables del uso confidencial y ético del material y/o información contenida en cada caso. Esto eliminando de las grabaciones y de cualquier fuente de información la identificación personal del o los pacientes/clientes/usuarios involucrados.
4. Entiendo que es importante mi adherencia al tratamiento y que de no cumplir con las indicaciones que me sean dadas, el terapeuta reconsiderará la atención que se me brinda e incluso, de ser necesario, se me canalice o refiera a otro servicio de salud.
5. Entiendo que en algunas circunstancias tales como amenazas de daño así mismo u otra/s persona/s, sospecha de abuso o negligencia en el cuidado de un menor, adulto mayor o persona en condición de discapacidad o dependencia el terapeuta podrá

recurrir a las instancias o autoridades correspondientes y hacer lo conveniente, según sea el caso.

6. Entiendo que en caso de litigación, el material confidencial y los archivos y/o testimonios con respecto a un paciente y/o su familia "*posiblemente*" deban ser entregados de acuerdo con la ley que se aplica, previa solicitud por escrito y con carácter oficial, sea por una institución pública o privada.
7. Entiendo que en caso de existir un motivo de tipo legal (litigio, peritaje, etc.) por lo cual solicito el servicio de psicología, mi caso será turnado a las autoridades que corresponda dentro de la FES-Z para que sea atendido.
8. Entiendo que mi consentimiento es voluntario, y que puedo retirar mi participación y compromiso terapéutico en cualquier momento.

Nombre y firma del paciente / Responsable / Cuidador principal:

Nombre y firma del Profesional / Terapeuta Responsable:

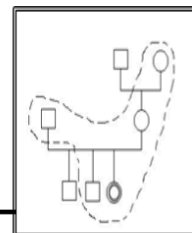
Nombre y firma de un Testigo:

Fecha: _____

Hora de término:

C.P.		Delegación/Municipio	
Teléfono particular (con lada):			
Teléfono celular:			
E mail:			

III. GENOGRAMA FAMILIAR



IV. DATOS DEL RESPONSABLE / CUIDADOR PRINCIPAL

Nombre:		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre/s
Tipo de relación con el paciente:		
1. Familiar [] 2. Tutor/a [] 3. Responsable jurídico []		
4. Responsable institucional [] 5. Otro: []		

Teléfono particular (con lada):
Teléfono celular:
E mail:

V. MOTIVO DE CONSULTA

5.1. Problemática actual:

5.2. Antecedentes del problema:

5.3. Diagnóstico/s previo/s:

VI. POSTURA DEL PACIENTE

6.1. En este momento, ¿Qué lo motivó a buscar atención psicológica?

6.2. Causalidad atribuida al problema: ¿A qué atribuye su situación?

6.3. Intentos previos de control y resultados: ¿Qué ha hecho para resolver el problema o sentirse mejor?

6.4. ¿Qué tan severo es su problema para Usted? y mencione ¿Por qué?

1. Leve [] 2. Moderado [] 3. Severo [] 4. Incapacitante []

VII. MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO:

7.1. Actualmente, ¿Cuáles son los cambios que quiere hacer?

7.2. ¿Cuáles son las razones por las que quiere cambiar?

7.3. ¿Qué pasos cree Usted debe seguir para lograr este/os cambio/s?

7.4. ¿Quiénes podrían apoyarle en este/os cambio/s? y ¿Cómo?

¿Quién/es?	¿Cómo?

7.5. ¿Qué facilitaría este/os cambio/s?

7.6. ¿Qué barreras u obstáculos podrían interferir en su plan de cambio?

7.7. ¿Cómo sabrá que el plan de cambio funcionó?

VIII. EXPECTATIVAS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA

8.1. ¿Qué espera de esta terapia psicológica?

IX. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

9.1. Actualmente, ¿Qué le preocupa acerca de su salud? y ¿Por qué?

9.2. ¿Qué problemas de salud ha tenido en los últimos seis meses?

9.3. ¿Qué ha hecho para resolverlos?

9.4. En los últimos seis meses, ¿Cómo calificaría su estado de salud? y ¿Por qué?

1. Bueno [] 2. Regular [] 3. Malo []

9.5. ¿Cuál/es de los siguientes problemas se presentaron o están presentes en los miembros de su familia inmediata (padres, hermanos, abuelos)?

1. Depresión [] 2. Ansiedad [] 3. Alcoholismo [] 4. Adicciones []
5. Violencia [] 6. Enfermedad/es crónico degenerativas []
7. Trastornos alimentarios [] 8. Esquizofrenia [] 8. Discapacidad []
9. Otras: Mencione ¿cuál? _____

X. BIENESTAR PSICOLÓGICO

En los últimos seis meses...

10.1. ¿Qué tan capaz se percibe a Usted mismo para enfrentar y resolver sus problemas? y ¿Por qué?

1. Nada capaz [] 2. Poco capaz [] 3. Regularmente capaz []
4. Muy capaz []

10.2. ¿Qué emociones o sentimientos han interferido (positiva o negativamente) en Usted?

10.3. Describa, cómo es la relación entre Usted y sus familiares más cercanos:

10.4. ¿Quiénes son las personas que le han apoyado o ayudan para tomar decisiones importantes, realizar actividades o escucharle cuando tiene algún problema?

10.5. ¿Qué lo ha hecho sentirse contento y/o satisfecho con su vida?

10.6. ¿Qué lo ha hecho sentirse tenso, en conflicto o estresado?

10.7. En este momento, ¿Cómo califica su estado de bienestar? y ¿Por qué?

1. Bueno []

2. Regular []

3. Malo []

10.8. En este momento, ¿Hay algo más que quisiera comentar o agregar y que sea importante para Usted?

OBSERVACIONES:

Nombre del Prof. / Terapeuta Responsable:

Nombre del Psicólogo / Co-terapeuta Responsable:

Hora de término:

Apéndice B

Instrumento

