



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Evaluación de la efectividad de la Terapia Breve Sistémica en
grupo control y un grupo Experimental**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Psicología

PRESENTA

Hilary Aguilar Cuello

ASESOR:

Dr. Jaime Montalvo Reyna

Dictaminadores:

María Rosario Espinosa Salcido

Carmen Susana González Montoya

LOS REYES IXTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO

2015





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



Dedico el presente trabajo a mi familia, por todo el apoyo y paciencia que acompaño a este proceso. A mi padre por sus grandes enseñanzas y por haber sembrado el amor por la psicología y el deseo de ayudar a los demás, a mi madre por su gran amor incondicional y por toda la motivación, a mi hermana mayor por todo ese apoyo y esas palabras que me impulsaron a continuar hasta el final. No hay palabras para describir todo el esfuerzo y empeño que han puesto en mí además de ese impulso que me han dado para alcanzar cada una de mis metas, todo este trabajo es tan mío como de ustedes.

A mi asesor Jaime Montalvo por compartir conmigo sus conocimientos, por acompañarme en este proceso, por su paciencia, sugerencias, comprensión y apoyo.

A mis compañeras de carrera, con quiénes inicié este proceso y quienes se convirtieron en mis grandes amigas, con las que comparto la pasión por la psicología, Alejandra, Ana y Mireya les agradezco por todo el trabajo en equipo que logramos culminar, después de haber compartido momentos de tensión y recompensa, porque sólo nosotras entenderemos todo lo que nos llevó a llegar a este momento, es por ello que las quiero profundamente.

Y finalmente a todos aquellos que hicieron posible haber alcanzado un nuevo logro, les agradezco por su gran apoyo personal y profesional que me permitieron tener un mayor crecimiento como psicóloga y como persona.

ÍNDICE

• INTRODUCCIÓN

Antecedentes de la efectividad de la terapia 5

Nacimiento de la terapia breve sistémica 6

¿Qué es la terapia breve? 6

Planteamiento del problema 7

• 1. MARCO TEÓRICO MODELOS DE TERAPIA Y PSICOTERAPIA 12

1.1 Terapias efectivas 13

1.2 Terapia breve sistémica y característica 17

1.3 Problemas que aborda 21

1.4 Diferencia entre eficacia y efectividad 21

1.5 Estudios sobre efectividad 23

1.6 Deserción terapéutica 30

1.7 Relevancia de la investigación en la efectividad terapéutica 32

1.8 Tipos de investigación 33

1.9 Investigación de resultados y estudios 33

1.10 Investigación de proceso y estudios 38

• 2. MÉTODO	
2.1 Participantes y escenario	46
2.2 Tipo de investigación y Diseño de investigación	46
2.3 Variables del terapeuta, variables del paciente y otras variables	46
2.4 Materiales e instrumentos	46
2.0.1 Procedimiento	47
• RESULTADOS	
3.1 Análisis cuantitativo	48
3.2 Análisis inferencial de pruebas estadísticas	56
• DISCUSIÓN	58
• CONCLUSIÓN	62
• BIBLIOGRAFÍA	66
• ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El interés de estudiar la efectividad de la terapia deriva de diversas investigaciones, una de las más importantes es la de Eysenck (1952), quien publica una investigación donde encontró que los pacientes neuróticos mejoraban con ayuda de tratamiento psicológico y otros sin ayuda de éste, ya que dos tercios de los pacientes mejoraban con cualquier tratamiento incluso sin ninguna intervención psicológica. Este estudio despertó el interés por el tema y algunos estudios comienzan a cuestionar la validez de los tratamientos psicológicos. De igual forma inicia un incremento en las investigaciones que tenían el objetivo de evaluar el cambio comparando las puntuaciones pre tratamiento con las del pos tratamiento. Uno de ellos fue el estudio de Smith, Glass y Miller (1980) citado en Corbella y Botella (2004) quienes concluyeron que el 80% de las personas que reciben terapia tienen alguna mejora además de que el porcentaje de pacientes que mejora en la psicoterapia está entre el 65 y 70 % de los casos.

Las intervenciones psicológicas en terapia son estudiadas desde diversos enfoques como lo son el enfoque sistémico y el cognitivo conductual, que han demostrado su efectividad en el tratamiento de diversas problemáticas.

Por su parte la terapia sistémica se ha convertido en uno de los más solicitados principalmente en lo referente a la psicoterapia breve estratégica, como uno de los modelos sistémicos más efectivos en la resolución de problemas. Creada y desarrollada por John Weakland, Dick Fisch y Paul Watzlawick alrededor de 1967 citado en Rodríguez, (2004) en la que se buscaba acortar los tratamientos por medio de la terapia breve caracterizada por centralizar y determinar cuál es el problema, en la búsqueda de una solución resolución en un número limitado de sesiones, el uso de la terapia breve se ha utilizado para diversas patologías obteniendo gran éxito como lo han comprobado diversos estudios:

En algunos de esos estudios se han evaluado diferentes aspectos relacionados al cambio como: la calidez y empatía del terapeuta en el cambio, así mismo la alianza terapéutica y las expectativas del paciente que pueden influir en su permanencia en la terapia como se encontró en (Alcázar, 2007).

Asimismo en otras investigaciones se han evaluado las variables del paciente tal como las características de personalidad, los procesos cognitivos y la configuración familiar en la que se insertan. Por parte de lo que concierne al terapeuta influye la experiencia, el estilo terapéutico y las intervenciones específicas del mismo. Todo lo anterior en la búsqueda del cambio terapéutico y la efectividad de la intervención terapéutica en una amplia gama de problemáticas, es por ello que este fenómeno ha sido estudiado a través de distintas formas de hacer investigación que pueden aportar mucho a la forma de dar terapia (Sánchez, Alcázar y Olivares, 1999).

En todos los métodos terapéuticos, según Santibáñez, et al., (2008), es posible encontrar 3 agentes que van a propiciar el cambio en la sesión, los cuales son:

Vivencia afectiva: Se trata de llevar al cliente a un estado considerado preparación para el cambio, el dominio cognitivo: Es cuando se transmiten nuevos patrones de percepción y pensamiento que influye en la auto percepción y la comprensión, transformando la conceptualización de los problemas y síntomas así como llegar al cuestionamiento de los modelos explicativos personales, también está la regulación conductual: a través de las nuevas conductas aprendidas y las experiencias positivas que de estas resultan, se da una mayor disposición y capacidad de resolver el problema lo cual refuerza el cambio.

Londoño (2005) a su vez afirma que para que se faciliten los procesos de cambio dirigidos a aumentar la percepción de bienestar y satisfacción de las necesidades emocionales y comportamentales, es importante que el paciente se percate de que está teniendo logros. Por ello es importante determinar cuáles de estas variables pueden o no estar relacionadas a los cambios que ocurren en la terapia.

Planteamiento del problema

De acuerdo con lo anterior sería importante preguntarnos ¿por qué es importante la investigación de la efectividad de la terapia breve sistémica?

Empecemos por hablar de los objetivos de la psicología en general se trata de la ciencia que se ocupa tanto teórica como prácticamente al estudio de los aspectos biológicos, sociales y culturales del comportamiento humano tanto a nivel social como individual así como el funcionamiento y desarrollo de la mente humana.

A grandes rasgos la psicología podría clasificarse en dos grandes campos, la psicología pura que se refiere a aquella en la que se trabaja principalmente en la investigación para la construcción de teorías y sistemas científicos y la psicología aplicada que utiliza y pone en práctica las investigaciones, teorías y sistemas de la psicología teórica o investigativa (Vidales, 2007).

Como una ciencia Becoña, Vázquez, Miguez, et al., (2004) hablan de que la psicología debe hacer uso del método científico, el cual es un camino de acceso a la comprensión de la realidad que consiste en dar razón sistemática, empírica y en lo posible experimental de los fenómenos.

Con relación a lo anterior una parte de la psicología aplicada se enfoca en el área de la clínica la cual tiene por un lado la función de constituir un conocimiento básico de carácter empírico y experimental buscando respuestas que aumenten el conocimiento humano que ya se tiene, y por otro debe de ofrecer un conocimiento aplicado utilizando estos descubrimientos en contextos clínicos reales para ayudar a los pacientes de manera eficaz (Bandos et al., 2002 y Mustaca, 2004).

La psicología como toda ciencia según Mustaca, (2004) debe de crear leyes comprensivas respecto a su objeto de estudio que permitan dar acciones eficaces para lo cual se requiere de sustratos empíricos que garanticen la eficacia por medio de la investigación, por desgracia debido a la alta demanda de problemáticas con búsqueda de soluciones inmediatas se ha cometido el error de que algunas ocasiones, la falta de avances en el conocimiento ha llevado a las practicas

psicoterapéuticas fuesen y sigan siendo una mezcla de intuiciones y sistemas especulativos.

Debido a lo anterior es que las investigaciones dentro de esta área de la psicología deben contemplar distintos aspectos que van desde el tipo de pacientes que se tienen, el tipo de terapia que se aborde y las técnicas empleadas dentro de la misma, las razones por las cuales el paciente acude a terapia, las expectativas que tenga antes y después de asistir a la primer sesión de terapia, algunas variables ajenas a la terapia cómo la historia del paciente, la relación o la alianza terapéutica que se dé entre terapeuta-paciente, entre algunas otras (Hernández y cols, 2009).

Es de suma importancia tomar en cuenta todos estos aspectos desde la parte ética como terapeuta para poder cumplir de manera satisfactoria con las expectativas de solución que tiene el paciente con respecto a su problema, ya que de esta manera no sólo se proporcionaría un mejor servicio sino que probablemente ocurriría menos deserción terapéutica debido a que habría mejores resultados a un menor coste. De igual forma los tratamientos podrán hacerse más generalizables a más pacientes con problemáticas similares, además de que los pacientes tendrían información clara pues sabrían qué tipo de ayuda buscar frente a su problema (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010)

Al poner en práctica los conocimientos teóricos con los que cuenta todo terapeuta es deber de este mismo aplicar tratamientos que han sido probados sustentados por evidencia científica, para así saber si lo que se hace funciona o no ya que de no hacerlo se corre el riesgo de perder el tiempo tanto de terapeutas como de pacientes. (Labrador, et al., 2002; Londoño & Valencia, 2005 y Sirvent, 2009).

En relación con lo antes mencionado podemos ver el impacto y sobre todo la importancia de abordar este tema de investigación en función a la pregunta que se ha planteado desde hace varias décadas acerca de qué lo que funciona en el cambio terapéutico que se da en los pacientes, ya que debemos tomar en cuenta que el conseguir resultados beneficiosos, además de ser el objetivo de cualquier

tratamiento psicoterapéutico representa consecuencias positivas para el paciente a nivel personal y social (Hernández, Acosta & Pereira, 2009).

Los tratamientos psicológicos pueden llevarse a cabo con parejas, familias y grupos y puede durar desde pocas sesiones hasta varios años, normalmente con una frecuencia semanal, de una hora por sesión, los tratamientos psicológicos han sido desarrollados para abordar aquellos problemas que dificultan o le impiden a la persona vivir de la forma deseada o que produce malestar o sufrimiento y una alteración clínicamente significativa que duran más de lo normal, son muy fuertes e incapacitantes en el quehacer diario y provocan un malestar considerable. Así, en este último caso es cuando resulta necesario acudir a tratamiento psicológico ya sea por decisión personal o porque otros se dieron cuenta de la necesidad de este tratamiento. (Labrador y cols., 2002).

Por ello sabemos la importancia de proporcionar la mejor intervención posible al paciente que acude a terapia para ello es necesario saber si las técnicas o modelos empleados realmente pueden responder a estos problemas. Algunos estudios precedentes han demostrado la efectividad de la terapia breve sistémica en esta diversidad de problemas individuales y familiares, pero ¿porqué es que la terapia breve funciona?, en respuesta a ello Lipchik, Derks, Lacourt y Nunnally citado en Beyebach, (2013), crearon el Brief Family Therapy Center, un centro clínico que desde el principio funcionó como un think-tank en el que los terapeutas pasaban cientos de horas observando sesiones de terapia, tratando de identificar lo que mejor funcionaba y sometiendo a prueba en sesión los nuevos descubrimientos. En este sentido, se puede afirmar que desde sus inicios la TBCS (Terapia breve centrada en soluciones) surgió como una práctica basada en la evidencia, mediante un proceso recursivo y dinámico de intervención, observación y teorización. A largo de los años se fueron sumando a este esfuerzo nuevos terapeutas (Scott Miller, Wally Gingerich, Gale Miller, Michele Weiner-Davis) e invitados de todo el mundo (Bill O'Hanlon, Yvonne Dolan, Karl Tomm, Michael Durrant y Brian Cade). El método terapéutico se fue alejando cada vez más del foco sobre los problemas y centrando progresivamente sobre las soluciones.

Los datos recaudados sobre la investigación terapéutica confirman que la TBCS es un enfoque breve, que permite obtener resultados positivos en un número reducido de sesiones, que en la mayoría de investigaciones publicadas se sitúa entre las 3 y las 6 sesiones de terapia. Además, se confirma que la TBCS se adapta bien a una gran variedad de contextos clínicos y no clínicos. Varios estudios apuntan a que probablemente, dentro de la brevedad, tener alguna sesión más permita alcanzar mejores resultados. Las técnicas centradas en soluciones son probablemente lo más conocido y divulgado de este enfoque terapéutico, más allá de los límites de la terapia familiar e incluso de la psicoterapia en general. Sin embargo, no debería confundirse la TBCS con la aplicación más o menos automática de técnicas como la Pregunta Milagro o las Preguntas de Escala, por citar las dos más conocidas.

De la misma manera Slive y Monte, (2013) mencionan que la Terapia centrada en soluciones (TCS) esta se enfoca en lograr que el paciente se centre más en las soluciones que en los problemas entre ellas están las de: atender las excepciones al problema, preguntas orientadas al futuro, desarrollar metas orientadas al futuro, preguntas escala como 6 de 10 puntos y preguntas sobre la manera de afrontarlo.

Por otro lado es importante mencionar que la Terapia Breve sistémica tiene algunos otros modelos que utiliza como formas de intervención terapéutica, entre los que se encuentra el modelo estructural cuyas metas están relacionadas primeramente a señalar la existencia de una tendencia hacia la integración de varias ciencias naturales y sociales, dicha integración parece girar en torno a una teoría general de los sistemas, en relación con esto tal teoría podría ser un recurso importante para buscar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia, esto puede conducir a una integración que hace falta en la construcción científica. El modelo estructural se basa en el concepto de la familia no como un conjunto de aspectos biopsicodinámicos individuales de sus miembros, sino como un sistema en el que los miembros se relacionan de acuerdo con ciertas reglas que constituyen la estructura familia. Se parte del supuesto de que existe un modelo normativo para las familias que están funcionando adecuadamente, modelo que implica una estructura

con ciertas características, que de no presentarse conllevan una organización familiar problemática como lo menciona Minuchin, 1986 citado en Montalvo, (2009). De ahí que se trate de un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, la familia se forma por una serie de holones (el todo de la familia) a su vez es un sistema que parte de otro u otros mayores. Existe distintos tipos de holones: holón familiar, holón conyugal, holón parental, holón fraterno.

Entre estos sistemas de holones existen los límites que a su vez pueden clasificarse en: claros (se definen los suficiente precisión y los miembros desarrollan sus funciones sin problemas), difusos (los miembros no saben con precisión quién debe participar, cómo y cuándo), rígidos (no cambian cuando deben cambiar) y flexibles (tienen capacidad de modificación y adaptación a las necesidades del sistema).

Dentro de otros conceptos en la familia están: la jerarquía que se refiere al establecimiento de reglas en las que se organizan la interacción familiar y el cumplimiento y sus consecuencias, la centralidad se refiere a una persona del sistema en torno a quien giran las interacciones familiares, la periferia que se trata de un miembro quién tiene menos participación en la interacción familiar, la alianza por su parte se trata de la unión de 2 o más miembros de la familia, al contrario las coaliciones en una familia representan la creación de un conflicto en el que se unen dos o más de la familia. El sobreinvolucramiento se refiere a una fuerte interdependencia emocional (Montalvo, 2009).

Debido a que estos modelos de intervención abarcan las problemáticas de tipo relacional, son capaces de dar respuesta a muchas problemáticas.

1. MARCO TEÓRICO

MODELOS DE TERAPIA Y PSICOTERAPIA

Partiendo de lo anterior hemos de definir lo que se entiende por psicoterapia, es aquella que parte de un modelo teórico y aplica ciertas técnicas y estrategias que le son ofrecidas al usuario. En la actualidad se conoce a la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia (Santibáñez, 2009).

Santibáñez, et al (2008) menciona que la terapia puede influir en la valoración de la propia disposición al cambio, enviando al consultante información mediante cuatro tipos distintas de intervención: las que enseñan al paciente nuevas formas de comportamiento, las que lo animan a vivir nuevas experiencias, las que le permiten sentir cosas nuevas y las que en general facilitan su respuesta emocional.

En la psicología hay diversos modelos teóricos, los cuales deberían cuestionar la efectividad de los mismos respecto a sus estrategias y técnicas de intervención, al motivo de consulta de los pacientes y así examinar qué tanto dicho modelo contribuye a la resolución de dicha problemática. Puesto que son muchas las variables que pueden intervenir en cómo se produce el cambio en el paciente independientemente de la corriente teórica, en algunos estudios se evalúan los aspectos que pueden estar relacionados a este cambio (Castro, 2001).

Es importante mencionar que debido a las demandas en cuanto a los resultados de la terapia, la terapia breve sistémica ha surgido como alternativa de intervención con bajo costo y resultados favorables. Se orienta a incrementar la conciencia de los pacientes sobre sus comportamientos, de su capacidad y motivación para hacer algo al respecto. La terapia breve se sitúa exclusivamente en el presente, su fin es el cambio de comportamientos específicos, se busca

incrementar la autoeficacia y la motivación al cambio así como la empatía y la alianza terapéutica (Hewitt y Gantiva, 2009).

La investigación sistemática en psicoterapia se remonta a más de cinco décadas, durante los cuales el campo ha crecido en complejidad y en diversidad metodológica.

Esto se refleja en el incremento en el número de estudios que se han llevado a cabo en los años recientes, de esta manera se podría afirmar que se ha pasado de la era de la teoría a la era de la evidencia. La investigación en psicoterapia involucra la observación sistemática y el análisis de tres clases de fenómenos: 1) los eventos que ocurren en la relación entre clientes y terapeutas, 2) el impacto de estos eventos en la vida y la personalidad de clientes y terapeutas y 3) la relación entre esos eventos y el impacto psicológico, social, cultural y biológico en los cuales estos eventos ocurren (Díaz, 2012).

1.1 Terapias efectivas

Al respecto las terapias altamente eficaces según lo dicho por Bados, Eugeni y Fuste, (2002), son aquellas que han sido investigadas bajo buenos diseños experimentales en casos individuales o de grupo, que han obtenido resultados más altos a los del efecto placebo o al no tratamiento y los resultados han sido constatados al menos por 2 grupos de investigación independientes.

Por su parte la APA ha establecido criterios específicos que determinan si un tratamiento es efectivo, algunas de las características son: si el tratamiento ofrece los mejores resultados que un placebo u otro tipo de tratamiento y si el tratamiento demuestra una eficacia similar a que ya haya sido probado (Bados y García, 2011).

Entre estas variables que influyen en los cambios Santibañez y cols., (2009) concuerda con que se puede hablar de una terapia eficaz para un trastorno específico en la medida que su eficacia venga avalada empíricamente por los resultados de al menos 2 estudios experimentales intergrupos o de 10 estudios

experimentales de caso único que demuestren que dicha terapia es superior a un tratamiento farmacológico, a un placebo psicológico o a otro tratamiento psicológico alternativo, o bien, que es equivalente a un tratamiento bien establecido. Los experimentos se deben haber realizado con un diseño adecuado, utilizando manuales de tratamiento y sobre muestras de pacientes cuyas características hayan sido claramente especificadas. Además, al menos dos grupos de investigación tuvieron que haber demostrado los efectos positivos del tratamiento de manera independiente. La validez ha planteado desafíos que requieren incluir múltiples variables que influyen, desarrollar criterios operacionales medibles y disponer de muestras que permitan obtener resultados significativos.

La necesidad de demostrar la eficacia de los tratamientos en psicología clínica, está relacionada a elegir aquellos tratamientos más eficaces, en el menor tiempo y con el menor coste posible, para resolver los problemas de los clientes. La última naturaleza de la psicoterapia consiste en que un terapeuta entrenado para trabajar desde un modelo, entre en relación con un cliente con el objetivo de conseguir un cambio en la vida de éste. Del mismo modo para evaluar la efectividad, se necesita de la realización de una mayor investigación de resultados en distintos modelos, acercar estos modelos a la práctica clínica y a la formación y así determinar los aspectos a medir que determinan un cambio en el cliente (Rodríguez, 2004).

Según Cáceres, Fernández y Sanhueza, (1989) podemos encontrar 2 tipos de variables, las del paciente y las relacionadas al terapeuta en las primeras se encuentran:

- Las sociodemográficas (edad, sexo y clase social)
- Las características de personalidad (inteligencia, habilidad para producir asociaciones, flexibilidad, sensibilidad al ambiente, profundidad de los sentimientos entre otros),
- Tipo de problema, complejidad de los síntomas (si son simples respuestas, hábitos positivamente reforzados, o conductas inapropiadamente realizadas)
- Las expectativas (relacionadas a la terapia), disposición personal ya que

facilita el establecimiento de la alianza terapéutica.

En las variables del terapeuta están:

- La actitud (en la que se propicie un clima terapéutico que favorezca el cambio como características de empatía, calidez aceptación incondicional, autenticidad o congruencia).
- La personalidad (cualidades tales como la objetividad, honestidad, capacidad para establecer relaciones, libertad emocional, integridad, intuición, paciencia, perceptividad, creatividad e imaginación)
- Habilidades (capacidad de atender y escuchar, habilidades de guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir)
- Nivel de experiencia (experticidad y la calidad de la atención que brinda) ya que los factores del éxito de la terapia se relacionan al nivel de experiencia que se tenga, su edad y el tipo de pacientes que recibe.
- La alianza terapéutica (influencia mutua entre terapeuta-paciente, en el que se favorece el grado de involucramiento del paciente y de ahí los resultados que podrá llegar a obtener posteriormente).

Elementos como la personalidad del terapeuta, la empatía que genere con su paciente, su presentación, abordaje de la problemática y la manera de llevarlo, sus actitudes o trato hacia el paciente, conducen a un término exitoso de la terapia, aunque sin estas características no se establecen desde el principio esto puede generar una baja en la terapia. (Rondón, Otálora y Salamanca, 2009).

De estos dos tipos de variables pueden surgir aquellas relacionadas con la relación terapeuta-paciente antes mencionada como la alianza terapéutica. Corbella y Botella (2004) encontraron que el factor que más contribuye al éxito del tratamiento es la relación entre paciente y terapeuta lo que concuerda con Santibañez y cols. (2009), quien menciona que la evidencia más sólida que relaciona proceso y resultado, es la alianza terapéutica, la cual está correlacionada positivamente con los resultados del tratamiento, así la ausencia de un ajuste emocional (sentimiento de

simpatía y de confianza hacia el terapeuta) pone en peligro el proceso de cambio y lleva a la ruptura de la relación de ayuda. La alianza terapéutica, entendida como la colaboración mutua entre paciente y terapeuta, recalca tres puntos importantes para ésta, el primero es que haya un acuerdo entre ambos respecto a las tareas, que se refiere a lo que se va a ir trabajando durante el proceso, el segundo que se cree un vínculo positivo y tercero, acordar objetivos de resultado dentro de la psicoterapia.

De la misma manera, Gómez (2010) menciona que la fortaleza de la alianza depende del grado de acuerdo que se establece entre paciente y terapeuta sobre las metas y tareas terapéuticas y de la calidad del vínculo entre ambos. La relación paciente-terapeuta es por lo tanto un elemento fundamental de la psicoterapia.

Estos factores inespecíficos antes mencionados permiten que se estudié cada componente por separado para ver sus efectos en la problemática, pudiendo ser que se encuentren en interacción 2 o más de estas variables, por lo que es interesante estudiar cómo se relacionan y cómo actúan en combinación pues puede ser que uno por sí solo no produzca cambios pero que en combinación sea más intenso (Londoño, et al, 2005).

En las últimas décadas se han desarrollado extensamente métodos de terapia breve, modelos que cuestionan la idea de que el cambio permanente llega por medio de las intervenciones de salud mental que son largas y laboriosas. Sin embargo las investigaciones actuales dan evidencia consistente de la notoria efectividad de las intervenciones. Tal es el caso de la terapia breve sistémica ya que se ha encontrado que gran parte de los cambios que ocurren en los pacientes se dan durante las sesiones iniciales de encuentro terapéutico, (Slive y Monte, 2013).

1.2 Terapia breve sistémica y característica

En relación con lo anterior, se ha comprobado que la terapia sistémica es de gran utilidad en el tratamiento de diversas problemáticas, para lo cual es importante hablar en primer lugar de los antecedentes de la terapia sistémica, uno de los hitos de la misma surge de la teoría sistémica, gracias a las contribuciones de un biólogo llamado Bertalanffy, quien en 1940 desarrolló la teoría general de los sistemas, que mencionaba la formulación y derivación de los principios básicos de los sistemas aplicados a aspectos físicos, biológicos o sociológicos. El sistema es un conjunto de elementos interactuantes en el que se da un conjunto de objetos y las relaciones entre ellos, que se mantienen por la interacción de cada una de las partes que influyen dentro del mismo (Montalvo, 2009).

Más adelante la teoría de los sistemas es adaptada a la psicología derivando diferentes tipos de terapia, una de ellas la terapia breve sistémica, esta surgió en California en el Instituto de Investigación Mental cuando se crea el primer modelo de Terapia Breve Sistémica en terapia individual, de pareja y familiar, este modelo buscaba cambiar la interacción del circuito que mantenía el problema, de ahí que la terapia consistiera en crear una pauta distinta a la que mantenía la interacción problemática (Montalvo, 2009).

En la investigación en psicoterapia con familias, se considerará a la terapia familiar como una forma de intervención cuyo propósito explícito es la modificación de las interacciones que se producen entre una pareja, una familia nuclear o extensa o entre una familia y otros sistemas interpersonales, con la meta de reducir los problemas presentados inicialmente por los miembros individuales, los subsistemas familiares o la familia completa. La terapia familiar como otras formas de psicoterapia tuvo sus orígenes en la investigación clínica. El proyecto de investigación sobre comunicación se desarrolló para estudiar los procesos en familias que tenían un miembro esquizofrénico. A diferencia de lo que aconteció en la investigación en otros modelos terapéuticos, durante la década de los cincuenta la investigación y el tratamiento estaban fundamentalmente agrupados (Díaz, 2012).

En las siguientes dos décadas, la investigación y la terapia comenzaron a separarse y siguieron caminos diferentes, hasta el punto que debió organizarse en 1967 el ahora famoso diálogo entre terapeutas e investigadores en terapia familiar para intentar construir puentes entre estos dos. En los años sesentas y setentas se publicaron numerosos estudios acerca de los procesos y los resultados de la terapia, en 1972 dos meta-análisis mostraron que los datos en la mayoría de los estudios de la década anterior eran sumamente escasos y derivaban en estudios de pobre calidad y escasas conclusiones que enriquecieran el desarrollo de la teoría, la práctica clínica y las políticas de salud pública (Díaz, 2012).

El campo de la investigación en terapia familiar se fue consolidando en los años que siguieron. En 1978 se otorgó el primer premio por la contribución a la investigación en terapia familiar por la Asociación Americana de Terapia Marital y Familiar, para 1982 se creó una versión anual del diálogo entre terapeutas e investigadores. Una considerable cantidad de estudios se llevaron a cabo durante los setentas para evaluar empíricamente los resultados de la terapia familiar. Estos estudios que fueron llevados a cabo durante los ochentas han dejado claro la eficacia general de la terapia familiar para diferentes desórdenes clínicos y escuelas terapéuticas. Aunque es necesario realizar más estudios acerca de la efectividad, sobre los mecanismos de cambio en tratamientos sistemáticamente orientados, se ha demostrado fehacientemente que la terapia familiar es probablemente más efectiva que otros tratamientos (comúnmente terapia individual) para la resolución de conflictos familiares (Díaz, 2012).

En años noventa se llevaron a cabo numerosas investigaciones que confirmaron que la terapia familiar funciona y según uno de los estudios más importantes de meta-análisis de la época existe literatura que apoya esta conclusión. Hay evidencia científica que la terapia familiar es eficaz para el tratamiento de problemas en niños, adolescentes y adultos cuando estos desórdenes se acompañan de variables moderadoras relacionales como conflictos maritales o

dilemas familiares. En la década siguiente, estudios de meta-análisis de la literatura de resultados en terapia familiar confirmaron su efectividad, aunque con escasas diferencias con otros modelos.²³ Aunque las intervenciones familiares se encuentran basadas en evidencia, la investigación en terapia familiar ha seguido la tendencia de los estudios en psicoterapia individual enfatizando los resultados de los tratamientos e ignorando otras variables como los factores comunes.

Según lo dicho por Díaz, (2012), en México existen pocos estudios sobre investigación en terapia familiar. En una revisión se encontró únicamente seis estudios sobre terapia familiar basada en evidencias, que corresponden al 5% del total de artículos publicados en una década, lo cual contrasta notablemente por los estudios producidos en el Reino Unido (29%) y los Estados Unidos de América (26%).

Sin embargo, existe una larga tradición de investigación acerca del funcionamiento familiar con diversas poblaciones, el desarrollo de instrumentos psicométricos de aplicación clínica, aunque no se relacionan directamente con las tradiciones de estudio para conocer el funcionamiento y la efectividad de la psicoterapia. Una notable excepción la constituyen los estudios sobre los equipos de reflexión, cuyo uso está muy extendido en contextos clínicos, de entrenamiento y supervisión.

Para Espina y Cáceres, (1999) la terapia sistémica consiste en abordar los problemas desde una óptica interaccional, debido a que la familia influye en el sistema y el sistema en la familia en una interacción recurrente, a su vez parte de la premisa de depositar la confianza en los recursos de los pacientes, ya que considera que las personas que acuden a terapia tienen la capacidad suficiente para enfrentarse exitosamente a sus problemas

La Terapia Sistémica Breve considera que ni las personas, ni sus problemas existen en un vacío, sino que están íntimamente ligados a sistemas relacionales y

recíprocos más amplios. Entiende a la persona como participante de un sistema, lleno de relaciones y vinculaciones, que lo supera, lo contiene y le influye. Se centra en la relación del individuo consigo mismo, y además, sobre la relación entre personas, puesto que la vinculación es un eje central del ser humano. Una de las propiedades de los sistemas que más repercusión tiene para la terapia, es la de entender las relaciones entre las unidades que los forman desde la óptica de la causalidad circular. Es por ello que bastará con modificar uno de los elementos de la interacción para que, como consecuencia de un mecanismo de retroalimentación o feedback, se modifique el sistema en su conjunto según (Biscotti, 2006) y Carr, 2009).

Larner, citado en Rodríguez, (2004) menciona que hay tratamientos más impulsados por el modelo y tratamientos más dirigidos hacia el cliente, en el primero el cliente debe seguir proceso bastante estandarizado para conseguir un cambio, en el segundo las decisiones que toma el terapeuta se basan en aspectos relacionales a quién, cómo y en qué momento así como en el caso de la TBS y sus técnicas que se adaptan a las necesidades del paciente y no al revés.

De la misma forma la terapia breve toma en cuenta que solo los clientes pueden resolver sus problemas y todos ellos tienen recursos que se pueden dirigir hacia la resolución de sus problemas, por lo tanto el trabajo del terapeuta es dirigir la conversación de tal manera que esos recursos puedan utilizarse para resolver sus problemáticas (Slive y Monte, 2013).

1.3 Tipos de problemas que aborda la terapia breve sistémica

Debido a su concepción de los problemas como parte de todo el sistema, este enfoque de terapia aborda diversas problemáticas que van desde problemas individuales, de pareja y familiares, como: abuso de drogas, problemas de conducta, trastornos alimenticios, problemas de estrés, problemas maritales, problemas afectivos, problemas de relación, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, entre otros (Peña, Vieito y Muñiz, 2011).

1.4 Diferencia entre eficacia y efectividad

Para determinar el alcance terapéutico de los tratamientos psicológicos, estos deben de pasar por pruebas y controles científicos que les permitan adquirir validez interna, y así poder determinar si los cambios que se dan en el paciente son debidos al tratamiento, el cual sería la Variable Independiente, y no que el cambio esté relacionado a otras circunstancias ajenas a la terapia como el paso del tiempo, usar otro tratamiento o la remisión espontanea (Bandos, et al., 2002; Echeburúa, et al., 2010)

Entonces, estudiar la eficacia para Echeburúa, et al., (2001) depende de ciertos factores como:

La Especificidad (¿qué síntomas?), la Intensidad (¿cuánto se presenta?), el Plazo (¿cuánto tarda en comenzar mejoría?), la Duración a corto plazo (¿dura efecto ter mientras el tratamiento se mantiene?), la Duración a largo plazo (¿continúa el efecto tras la interrupción del tratamiento?), los Costes/Rechazos, efectos secundarios, abandonos, las Interacciones (¿hay otros tratamientos?) y el Balance/Ventajas e inconvenientes en relación a otros.

La efectividad por su parte, no se refiere a la eficacia pues no siempre un tratamiento eficaz en un ensayo clínico resulta efectivo en la práctica clínica habitual (Bandos, et al., 2002 y Echeburúa, 2008).

La eficacia se refiere a los resultados favorables en un contexto de investigación mientras que la efectividad son los resultados favorables en la práctica clínica habitual, estos no siempre suelen empatar, si a eficacia se refiere es frecuente que se dejen de lado las diferencias individuales entre los pacientes catalogados con un mismo diagnóstico. La eficiencia es otro término ligado y ésta se refiere los buenos resultados al menor coste posible es decir se refiere a términos de dinero, tiempo del terapeuta, o sufrimiento del paciente (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010).

Por su parte el cuestionamiento de la efectividad de la psicoterapia fue abordada en 1980 por Agras y Berkowitz que establecieron un modelo de investigación clínica con varias etapas basadas en métodos farmacológicos en donde había que:

1. evaluar el estado de las intervenciones de un trastorno específico y examinar los procedimientos existentes
2. si el procedimiento es útil hacer ensayos clínicos con diseños con y sin grupos de comparación
3. si los resultados de esas investigaciones eran positivos, detectar los componentes del tratamiento y hacer comparaciones con alternativas con mayores controles que en la etapa anterior
4. estudiar los efectos a largo plazo del tratamiento y la forma más eficiente de difundirlo y practicarlo
5. y al final determinar la eficacia de campo que estudia la factibilidad y generalidad de los tratamientos cuando se aplican encuadres clínicos típicos y a distintas situaciones.

1.5 Estudios sobre efectividad

Según algunos estudios la eficacia del tratamiento psicológico depende de diversos factores.

Chambless y Hollon (1998) se han referido a la existencia de tres tipos de eficacia:

- a) tratamiento eficaz y específico: aquel que es mejor que un tratamiento alternativo o que un placebo
- b) tratamiento eficaz: aquel que es mejor que la ausencia de terapia en, al menos, dos estudios independientes
- c) tratamiento probablemente eficaz: aquel que obtiene resultados positivos pero que no ha sido replicado todavía.

Es por ello que en los últimos 20 años se han producido avances muy importantes en el campo de los trastornos mentales se han creado tratamientos psicológicos breves y efectivos, para una amplia variedad de trastornos. Ya no se trata sólo de demostrar que una terapia es eficaz para un determinado trastorno, sino que lo es más que otras alternativas y en mejores condiciones. Los tratamientos efectivos de terapia psicológica se dan en general entre 8 y 24 sesiones, según el problema que se esté tratando, hay una mejoría del 70% (Echeburúa, Corral y Salaberría 2010).

Este tipo de investigaciones permiten además determinar qué es lo que genera un cambio en los pacientes, si la terapia como tal o se atribuye a variables externas (circunstancias específicas, el tiempo u otras). Ya que el primer paso para determinar la eficacia de la terapia psicológica es demostrar que los tratamientos son superiores a la recuperación espontánea (no tratamiento), la recuperación espontánea, sin terapia psicológica formal, ha sido resumida en un 30 y 40%, la persona tratada promedio se halla mejor que el 66 al 73% de las personas no tratadas (Bados, Eugeni y Fuste, 2002).

Factores comunes vs factores específicos

- a) Los factores extra-terapéuticos. Se incluyen todos aquellos elementos que se relacionan directamente con el contexto del cliente, tales como: el apoyo familiar, de amigos o del grupo social.
- b) La relación terapéutica. Las dimensiones de la relación terapéutica constituyen lo que los terapeutas identifican como el principal factor común o como el elemento curativo más importante de la terapia.
- c) Expectativas y efecto placebo. Se considera que el cambio terapéutico tiene lugar en un contexto que se asemeja a un formato ritualizado. En ese contexto, la expectativa y la esperanza tienen un papel central. Estos elementos tienen un efecto placebo que se produce como consecuencia del conocimiento compartido por clientes y terapeutas de que el tratamiento es restaurativo, sanador y tiene un poder curativo.
- d) Los factores específicos que son únicos para un tratamiento particular y precisamente son los que diferencian a las psicoterapias.

El cambio debe determinarse ya que como lo mencionan Santibáñez, et al, (2008) sólo el 15% del cambio psicológico en terapia es atribuible a factores específicos, mientras que un 45% se atribuye a factores de la relación terapéutica. Otras variables que pueden intervenir se relacionan a las características de personalidad y estilo de funcionamiento, el tipo de problemática y la complejidad de los síntomas. De igual forma se encuentran las creencias, expectativas, por su parte personal, se ha observado que los consultantes que tienen una disposición negativa a la situación de tratamiento y que se encuentran relativamente intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer la alianza terapéutica, obtienen resultados pobres.

Respecto a algunos aspectos que pueden relacionarse al terapeuta Rodríguez y García (2005) mencionan que dentro las habilidades que requiere un terapeuta están, la capacidad para direccionar la terapia, la asertividad, la habilidad al utilizar instrumentos de evaluación, la capacidad para impulsar la participación del

consultante en el proceso, la habilidad para organizar la información y realizar informes y las habilidades comunicativas para dar a entender lo que realmente quiere expresar en el contexto terapéutico; así mismo, estas habilidades van desde la presentación personal, las características de la acentuación y el tono de la voz, la gesticulación facial, las posiciones corporales, entre otros aspectos que están relacionados con una adecuada relación terapéutica.

Botella y Vilaregut. (2005) mencionan como es característico de la investigación sobre los principales modelos psicoterapéuticos, la eficacia global del modelo sistémico se considera probada. Los estudios meta analíticos realizados hasta la fecha (Hazelrigg et al., 1987; Markus et al., 1990; Shadish et al., 1993) demuestran que las familias tratadas con terapia familiar mejoran más que el 67% de las no tratadas. Este tamaño del efecto es compatible con el resultado de estudios meta analíticos sobre la eficacia de la psicoterapia en general, que indica que un 80% de los clientes tratados con psicoterapia mejoran más que los no tratados (Lambert, 1986). A pesar de ello la investigación sobre la eficacia genérica de la psicoterapia, ningún modelo de Terapia Familiar Sistémica ha demostrado una eficacia diferencial general superior a los otros. Debido a lo anterior la investigación de resultados en TFS se centra actualmente en qué tipo de intervenciones familiares funcionan mejor con qué tipo de problemas clínicos y en qué condiciones. La investigación de procesos, por su parte intenta aclarar qué es terapéutico en la Terapia Familiar Sistémica, y cómo se relaciona el proceso de cambio con el resultado de la terapia.

En la investigación de Romero, (2008) se buscó determinar si algunas de las variables que intervienen están relacionadas con el terapeuta como la orientación teórica, su experiencia, frecuencia con la que acceden a publicaciones relacionadas con la investigación en psicoterapia así como otras posibles variables que puedan hacer que tal atribución se haga diferente, de igual forma trataron de esclarecer los resultados y conclusiones de las investigaciones de resultados y procesos de los últimos tiempos. Para ello se trabajó con todos los 134 psicoterapeutas del gabinete oficial de psicólogos de Andalucía Occidental y se les aplicó un cuestionario acerca

de la atribución de la efectividad psicoterapéutica de ellos sólo completaron el cuestionario 69, 34 mujeres y 35 hombres de los cuáles la mayoría tenían más de 9 años de experiencia, con enfoques cognitivo conductual, orientación psicodinámica, ecléctica, humanista y sistémica. En el cuestionario se abordaron la experiencia del terapeuta, la expectativa de cura del paciente así como su implicación en una escala de 1-5 donde 1 era no influye en nada en la mejora del paciente y 5 era influye mucho en la mejora del paciente, evaluando el enfoque del terapeuta, técnicas utilizadas, expectativas de cura del paciente, implicación del paciente, empatía del terapeuta, capacidad del terapeuta de influir en el paciente, entre otros.

Para los datos se analizó el posicionamiento de los psicoterapeutas del estudio respecto a los factores que podían relacionarse mayormente con la cura de un paciente que pasa por psicoterapia, el 23 % de los terapeutas consideró que no habían grandes diferencias entre la efectividad de los distintos modelos de psicoterapia, en cuanto a los factores que intervienen en la cura de los pacientes el 53% nos hablan de factores comunes y el resto de factores específicos relacionadas a sus métodos y técnicas. A pesar de ello los terapeutas mantuvieron ciertas dudas acerca de los factores responsables de la eficacia de las terapias realizadas por ellos.

En el Walk in Clinic Reach Centre for Kids (ROCK) Canadá en 2008 y 2009 se llevó a cabo una investigación para evaluar la efectividad de la clínica de atención ROCK realizando una evaluación del programa de resultados de esta clínica de atención inmediata de terapia breve sistémica, determinando en qué grado las sesiones de atención estaban logrando las metas deseadas además de entender el tipo de pacientes que se presentaban a consulta, sus razones para acudir y lo que aprendían durante las sesiones participaron 408 clientes que acudieron entre 2008 y 2009 para lo cual llenaban cuestionarios de pre-prueba y uno de post-prueba después de completar su sesión si así lo deseaban podían formar parte del seguimiento dos meses después, los resultados encontrados después de realizar una prueba T a los datos obtenidos arrojaron que: los pacientes estaban significativamente menos preocupados, tenían más confianza en su habilidad para

resolver o lidiar con el problema, contaban con mayor conocimiento sobre sus recursos disponibles, tenían más ideas sobre cómo resolver el problema (Slive y Monte, 2013)..

En cuanto lo que aprendieron sobre las sesiones las respuestas fueron: mayor autoconciencia, conciencia del impacto del problema, mayor conciencia de los recursos, mayor conocimiento general de la naturaleza del problema, mejores habilidades de comunicación. De los 100 pacientes que accedieron al seguimiento 36 de ellos reportaron haber solucionado por completo el problema los otros 64 mencionaron aun sentir cierta preocupación respecto a su problema, sin embargo se sentían menos preocupados que al inicio y tenían más herramientas para resolverlo, por lo que los resultados sugirieron que la terapia breve tuvo un impacto significativo y positivo en muchos de los casos tratados.

En otra investigación realizada por Muñiz, (2004) se planteó el objetivo de evaluar la eficacia de la terapia familiar breve relacionada a los resultados terapéuticos en pacientes con problemas de duelo, trastornos de ansiedad, problemas de pareja, trastornos de estado de ánimo, adaptativos y de abuso de sustancias, en terapia individual, de pareja y familiar. Se evaluaron variables del terapeuta cómo habilidades de conexión, empatía y compromiso respecto a las variables del cliente, el alto nivel de competencia familiar, estatus socio-económico, tipo de problemática y variables relacionadas al proceso cómo: participación activa del cliente, alianza terapéutica número de sesiones, intercambio recíproco terapeuta-cliente. Se encontró que de las personas que no abandonan el tratamiento en un 78.9% cumplen los criterios de éxito.

De igual forma en un estudio Vega, Musi y Almada, (2013) de la efectividad de la terapia breve sistémica como tratamiento para incrementar la satisfacción familiar, se evaluaron familias bajo terapia breve a lo largo de 12 sesiones, se evaluaron los aspectos de satisfacción familiar, encuadre, tiempo y periodicidad de las sesiones. Después de la intervención en un 95% se produjo un incremento en la satisfacción familiar en los pacientes que recibieron el tratamiento psicoterapéutico, demostrando

así, su efectividad independientemente del número, periodicidad y frecuencia de las sesiones.

Dentro de estas investigaciones Botella y Vilaregut. (2005) nos hablan de diversos estudios que comprueban la efectividad de la terapia sistémica en diferentes problemáticas:

Tras descartar, por su ausencia de base empírica, las concepciones originales de Fromm Reichmann (1948) sobre las madres esquizofrenógenas y las de Bateson, Jackson, Haley, y Weakland (1956) sobre el doble vínculo como origen de la esquizofrenia, la investigación psicoterapéutica se siguió interesando por los patrones de interacción que caracterizan a las familias con miembros esquizofrénicos. En este sentido, se ha demostrado que las atribuciones negativas de los padres respecto a la enfermedad de su hijo, así como un patrón de elevada crítica, hostilidad, y excesiva implicación parental permiten predecir el inicio de la esquizofrenia durante la adolescencia. La variable Expresividad Emocional resulta especialmente prometedora en cuanto al abordaje de la esquizofrenia en un marco de psicoterapia familiar, pues su reducción como consecuencia del tratamiento ha demostrado correlacionar con la disminución de la posibilidad de recaídas.

Diamond, Serrano, Dickey, & Sonis (1995) revisan cinco estudios clínicos sobre la eficacia de estos programas (Falloon, et al., 1982; Goldstein et al., 1978; Hogarty, Anderson, & Reiss, 1986; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries, & Sturgeon, 1982; Tarrier, Barrowclough, & Vaughn, 1988) que cumplen los criterios de rigor metodológico exigibles a la investigación de resultados en psicoterapia. Los autores concluyen que, en comparación con el uso exclusivo de medicación, la combinación de terapia familiar y medicación resulta una medida profiláctica de eficacia indiscutible contra la rehospitalización.

La Terapia Familiar de los Trastornos Alimentarios, debido a que ciertos aspectos del funcionamiento familiar parecen constituir factores de riesgo para la manifestación de un trastorno alimentario, como habían propuesto algunos autores

sistémicos desde perspectivas teórico-clínicas ajenas a la investigación empírica, en una revisión de 19 estudios al respecto, Humphrey (1994) identificó factores diferenciales en las familias con hijas que padecen trastornos alimentarios. La terapia familiar produjo más mejora en términos de mantenimiento del peso y funcionamiento menstrual en las pacientes menores de 18 años, mientras que las pacientes mayores de 18 años mejoraron más en terapia individual. Estos resultados se mantenían al cabo de cinco años de seguimiento (Russell et al., 1994).

Por otro lado en cuanto a la Terapia Familiar del Trastorno Oposicional y los Trastornos de la Conducta Infantil, existe abundante literatura empírica sobre los aspectos del funcionamiento familiar que constituyen factores de riesgo para la manifestación de trastornos oposicionales y trastornos de la conducta infantil (véase Kazdin, 1987). El enfoque de entrenamiento parental de la terapia familiar (Parent Management Training) combina aspectos psicoeducativos y sistémicos en el intento de alterar este patrón de circularidad disfuncional. Los resultados de eficacia de este programa son altamente positivos, abarcan estudios de seguimiento de hasta 14 años e indican que los beneficios terapéuticos se extienden al rendimiento escolar, la conducta de los hermanos y el estrés y depresión de las madres de los niños que manifestaban las conductas oposicionales (McMahon, 1994). Respecto a la Terapia Familiar en el tratamiento de Adicciones donde la literatura relaciona estos problemas sobre los aspectos del funcionamiento familiar que resultan ser factores de riesgo para las adicciones entre adolescentes. Por lo que la terapia familiar sistémica resulta de ayuda en el tratamiento de estas problemáticas también.

1.6 Deserción terapéutica

Parte importante de estudiar la efectividad de la intervención terapéutica tiene que ver con la deserción terapéutica, que ocurre entre la sesión 5 y 12, la mayoría de los pacientes asisten únicamente a 3 sesiones de terapia. Con respecto a ello existen como se mencionó diversas variables que intervienen en la no adherencia terapéutica, como lo es las características del paciente, del terapeuta, cuestiones externas, entre otras (Corbella y Botella, 2011).

Un aspecto importante es la percepción del paciente respecto a la necesidad de tratamiento psicoterapéutico ya que mucho de esto, determinará si se da la adherencia al tratamiento. La relación consultante–terapeuta, tiene un carácter bidireccional factores como la personalidad del terapeuta, los rasgos propios de su individualidad, los intereses y actitudes que manifieste ante la presencia del consultante, son reconocidos como variables que pueden incidir en la decisión de continuar o no con la terapia (Echeburúa, 2008).

Según Alcázar, (2007) en México los pacientes se presentan a terapia generalmente a 3 sesiones en promedio es por ello que se han realizado diversas investigaciones respecto a la deserción terapéutica, a pesar de que las razones de deserción varían de persona a persona una de las principales es la de las expectativas ya que cuando el paciente busca a un terapeuta y éste no cumple con lo que se esperaba, es posible que el paciente desista de asistir a sesiones futuras. La mayoría de los pacientes abrigan ciertas expectativas antes de ver por primera vez a su terapeuta y el encuentro con éste, en la primera entrevista, puede ser determinante para que el paciente decida asistir a sesiones futuras si se cumplió lo que esperaba, otra variable que influye en el proceso es la percepción del paciente en cuanto al terapeuta puesto que se ha encontrado que los pacientes que abandonan la terapia están significativamente menos satisfechos y percibieron a su terapeuta como poco experto, desconfiable y desagradable en comparación con los que permanecieron.

Dentro de esta relación que se da en el proceso terapéutico se ven inmersos otra serie de aspectos como la vestimenta del terapeuta, las habilidades de comunicación, el tono de voz la postura, etc. (García y Rodríguez, 2005).

Un aspecto importante es la percepción del paciente respecto a la necesidad de tratamiento psicoterapéutico ya que mucho de esto determinara si se da la adherencia al tratamiento. La relación consultante–terapeuta, tiene un carácter bidireccional (García & Rodríguez, 2005); factores como la personalidad del terapeuta, los rasgos propios de su individualidad, los intereses y actitudes que manifieste ante la presencia del consultante, son reconocidos como variables que pueden incidir en la decisión de continuar o no con la terapia. Dentro de esta relación que se da en el proceso terapéutico se ven inmersos otra serie de aspectos como la vestimenta del terapeuta, las habilidades de comunicación el tono de voz la postura, etc.

En lo que respecta a la terapia un diagnóstico erróneo perjudicara el diseño de intervención, la aplicación del mismo, el ritmo de las sesiones, por lo que se considera importante la correcta utilización de herramientas tanto de evaluación y tratamiento. Por último se encuentran los factores situacionales tales como la distancia a la institución o centro de atención psicoterapéutica, los motivos laborales, el nivel socioeconómico, ausencia de redes de apoyo, entre otras.

Hay diversos criterios aprobados por la APA, los cuáles pueden llegar a determinar si la aplicación de un modelo específico logra ser efectivo entre ellos se encuentra la metodología, un buen diseño de investigación, la aplicación de pruebas estandarizadas que miden los avances del paciente, entre otras, sin embargo si se comparan dos modelos teóricos al mismo caso de depresión con dos formas opuestas de abordarlo y en el que uno de los modelos puede aplicar una prueba estandarizada que es fundamentalmente objetiva, probablemente resultaría más efectiva, sin embargo puede que un informe verbal del paciente proporcione mayor información sobre su mejoría (Rodríguez, 2004).

1.7 Relevancia de la investigación en la efectividad terapéutica

Es debido al alto número de deserciones terapéuticas que ocurren que es importante estudiar este fenómeno ya que como Ponch y Ávila 1989 citado en Moncada y Kuhne, (2003) mencionan uno de los problemas no es solo el hecho de que no se hagan investigaciones al respecto sino, la falta de interés por los resultados de dichas investigaciones, ya que aun cuando lo hacen, los terapeutas difícilmente están dispuestos a modificar sus creencias o su modo de hacer psicoterapia.

Como ya se mencionó desde la época de los años 50's aparecieron las primeras técnicas terapéuticas validadas empíricamente y fundamentadas en el conocimiento de los principios de la conducta, creciendo el interés por conocer la eficacia y ver la forma en que los métodos terapéuticos afectan al paciente (Mustaca, 2004).

En 80's los estudios muestran que un tratamiento es más eficaz que el no tratamiento (recuperación espontánea) o el placebo, así la persona tratada promedio se halla mejor que el 66- 73% de las personas no tratadas (Bandos, et al., 2002).

Más adelante en un estudio de respecto Moncada y Kuhne, (2003) se encontró que a pesar de las diversas investigaciones que se hacen dentro de la psicología por parte de sus estudiantes, tesisistas y profesionistas de la psicología, los estudios sobre la práctica terapéutica abarcan un mínimo porcentaje. Muchos psicólogos se desempeñan en la psicología clínica y la docencia, y les interesa la investigación, pero las publicaciones nacionales parecen indicar una escasa actividad productiva en la investigación en psicoterapia.

A pesar de que se observa una actitud favorable hacia la investigación en psicoterapia, los psicólogos clínicos escasamente realizan investigaciones. Se observa que manifiestan en un nivel cognitivo una actitud altamente positiva hacia la investigación en psicoterapia. La consideran útil e importante. Sin embargo, estos

resultados contrastan con el hecho de que escasamente lean o realicen investigaciones al respecto (Moncada y Kuhne 2003).

1.8 Tipos de investigación

Existen dos formas fundamentales de hacer investigación: la investigación de resultados, que se refiere a la etapa de justificación del cambio que se da en terapia, de igual forma se puede enfocar en las razones que logran el cambio (investigación de procesos), una de las razones de gran importancia es que al conocer las variables relacionadas al cambio permiten mejorar las técnicas psicoterapéuticas y sus resultados. A pesar de su importancia no es un tema muy abordado en las investigaciones ya que es relativamente nuevo, de ahí que se requiera de mayores investigaciones y réplicas de estudios sobre el tema, (Moncada y Kuhne, 2003).

1.9 Investigación de resultados y estudios

Lo anterior da evidencia de la relevancia de hacer investigación en la efectividad de la terapia por un lado está el estudio y la evaluación de los resultados como algo indispensable en el trabajo clínico. Es básico saber si lo que se hace funciona o no, porque si no se conocen los efectos de las intervenciones psicoterapéuticas, se corre el riesgo de estar perdiendo el tiempo de terapeutas y clientes. Desde un punto de vista ético es función y responsabilidad del clínico ayudar a los clientes a conseguir lo que necesitan para lograr mejor eficacia con el menor coste de tiempo, esfuerzo y recursos (Watzlawick, 1997).

Para La terapia suele realizar investigaciones de tres tipos la investigación de resultados, la investigación de procesos y las del progreso en terapia. Tradicionalmente la evaluación de los resultados ha involucrado distintas perspectivas: 1) desde el punto de vista del cliente, 2) desde la perspectiva del terapeuta, o 3) desde el enfoque de un evaluador independiente, entre los que se incluyen a entrevistadores clínicos, terapeutas en entrenamiento y supervisores clínicos. Se han considerado diferentes dimensiones (listado de síntomas, aspectos

de la personalidad, funcionamiento social) y medidas generales sobre los resultados. Las tendencias de la investigación sobre los resultados muestran una gran diversidad. Se desarrolló una medida genérica multidimensional para evaluar en los clientes su capacidad de resolver problemas, como un parámetro de resultados terapéuticos (Díaz, 2002).

En este tipo de investigación existen algunos factores que al parecer han llegado a explicar el cambio cómo: los factores extraterapéuticos en un 15% (variables del paciente y su círculo relacional, independientes a la terapia), el 30% de los cambios se debe a factores comunes (las variables compartidas por todas las terapias como la relación terapéutica), el 15% debido a las técnicas aplicadas en terapia y el otro 15% proviene del efecto placebo es decir, las expectativas del paciente de recibir ayuda y la credibilidad en las técnicas como él las percibe (Corbella y Botella, 2004).

De igual forma algunas experiencias intra sesión predicen el éxito final de la terapia, como las sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos durante y en referencia a las sesiones de terapia, algunos de ellos son cambios en los niveles de ansiedad, cambio en los niveles de depresión, cambio en los niveles de optimismo y cambios en la alianza terapéutica. Así como la creación y mantenimiento de expectativas de cambio que pueden ocurrir después de la intervención (Corbella y Botella, 2004).

Todos estos factores ya mencionados son capaces de intervenir en terapia de ahí que la evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica sea un tema relevante socialmente, considerando la necesidad de delimitar los componentes críticos de las intervenciones apoyadas en la evidencia. (Santibañez y cols, 2009). Por lo anterior, la evaluación de sus resultados ha pasado a ser un tema central y su importancia radica en que sus conclusiones permiten un avance en la comprensión del cambio psicológico y una optimización de la práctica clínica.

Hampson y Beavers, 1996 citado en Díaz, (2012) recogen algunas de las dificultades que diferentes autores han señalado como obstáculo para la evaluación de

resultados en dicho campo:

- a) Hay un desacuerdo sobre si la forma óptima de evaluar los resultados es medir los cambios globales en evaluaciones post-tratamiento o ir midiendo los pequeños cambios que ocurren entre los diferentes intervalos del proceso terapéutico.
- b) Las investigaciones más recientes en el ámbito de la Terapia Familiar se limitan al estudio de pequeñas muestras.
- c) Generalmente, los estudios de evaluación de resultados utilizan sólo un tipo de medida: el autoinforme del paciente, los datos procedentes de la observación o el informe del terapeuta. En raras ocasiones se presentan estudios que combinan los tres tipos de medidas.
- d) Hay estudios de eficacia controlados en laboratorio, pero muy pocos que evalúen la efectividad de la intervención psicoterapéutica en el contexto clínico.
- e) Los pocos estudios en los que la asignación de los tratamientos es aleatoria, muestran que los clientes en psicoterapia no mejoran más que los del grupo control.

Por el contrario se ha encontrado que en la mayoría de los estudios, la psicoterapia demuestra una eficacia superior frente a la condición de no psicoterapia grupo control; no encontrando, en general, diferencias significativas en los resultados de la psicoterapia individual y la familiar. Sin embargo, muestran que para algunos tipos de problemas, como los de conducta infantil y de delincuencia en adolescentes, la Terapia Familiar ha resultado ser el tratamiento más efectivo.

De manera similar Bergin en 1970 citado en Martínez (1992), señaló que las psicoterapias no solo tienen el potencial de mejorar al cliente sino también de deteriorarlo, respecto a ello es que hay diversas investigaciones internacionales que testifican los avances considerables en esta área. Como también lo menciona este autor los profesionales de la psicología tenemos la obligación de ofrecerle a nuestros clientes un servicio de ayuda que pueda ser justificado clínica y empíricamente sin limitarnos a las meras intuiciones y mucho menos tratar de encajonar a nuestros pacientes en nuestra predilección teórica ya que muchas veces no responden a la

complejidad clínica que se nos presenta.

La investigación de resultados se aborda en algunos estudios como el de Peña, Vieito y Muñiz, (2011) quienes realizaron un estudio cuyo objetivo fue, la evaluación de los resultados que se generan de la aplicación de un modelo de Terapia Familiar Breve en la Consulta de Psicología de una Unidad de Salud Mental enclavada en un Hospital Comarcal. Para lo cual sus variables criterio fueron, el resultado final y el resultado de seguimiento luego de la intervención con terapia breve sistémica. Se contabilizó el número de sesiones y se midieron los tiempos de duración de las sesiones (minutos, la duración del tratamiento, días desde la primera a la última sesión, el intervalo entre sesiones e intervalo de seguimiento desde la última sesión hasta el contacto telefónico de seguimiento).

Los resultados globales confirmaron anteriores investigaciones en las que los consultantes abandonan la terapia en un 18% y el 82% continúan el tratamiento, de estos un 84% termina el tratamiento, en cuanto al éxito hubo un 77% y en fracaso un 23%. Respecto al seguimiento que se dio de los casos 20 meses después de la finalización del tratamiento, se registró un 19% de recaídas. Además el 66 % de los casos contactados en seguimiento informaron haber mejorado en áreas no tratadas en las sesiones. La Terapia Familiar Breve consigue en 5,5 meses y en 4,3 sesiones, una tasa de resultados exitosos similares o superior a la remisión espontánea de que hablaba Eysenck en 1952.

En un estudio de Espina y Cáceres (1999) hicieron una evaluación después de una intervención breve en diversos casos, para ello se contactaron vía telefónica a 24 de los pacientes y se les pidió valorar su problema por medio de una escala de 0-10 en donde 0 era estar muy mal y 10 estar perfectamente, la evaluación se hizo en dos momentos, al concluir la terapia y 1 año después, también se contrastó el número de sesiones, el problema por el que solicitó la terapia y los objetivos del paciente. Quince de los casos correspondían a problemas de pareja y de familia, los objetivos planteados por los pacientes como metas a conseguir, fueron en su gran mayoría relacionarse con la pareja para 7 de ellos, realizar nuevas actividades 6 y mejorar las relaciones con la familia 4. El número promedio de sesiones fue de 3, la

media de las puntuaciones sobre valorar el problema al iniciar el tratamiento era de 3 y en algunos casos de 0, sin embargo al finalizar el tratamiento la media fue de 7 mientras que después de transcurrir un año se situó en 8.

Por su parte en otro estudio de Beyebach, et al (1997), trabajaron con 125 pacientes del centro clínico de la Universidad Pontificia de Salamanca, algunos atendidos en el departamento de terapia familiar y otra parte en la maestría de formación de terapeutas sistémicos, en la modalidad de terapia breve centrada en soluciones, la muestra estuvo conformada por problemas de conducta, estado de ánimo, ansiedad, problemas de pareja, comunicación padres-hijos y adicciones.

Después de la intervención se contactó a sólo 83 pacientes de manera telefónica, el tiempo transcurrido entre la sesión 1 la última sesión varió en los casos con un tiempo mínimo de 6 meses y 2 años como máximo para un cuestionario de seguimiento.

En la primera entrevista se evaluó la queja del cliente, el uso de medicamento o algún tratamiento anterior, los objetivos planteados a partir de la pregunta del milagro, el tipo de relación con el terapeuta, puntuación en la escala de avance de los clientes y una valoración del proceso inter-intra personal de lo que mantiene el problema. En el cuestionario de la última entrevista se evaluó: si los clientes hablaban o no en tiempo pasado sobre el motivo de consulta, si se alcanzaron los objetivos planteados en la primer sesión, si la queja estaba resuelta del todo o en parte y si se modificó el proceso inter-intra personal que consideraban mantenía el problema. Y se encontró que el un 80% de los pacientes la queja se solucionó parcial o totalmente además de que el 60% logró alcanzar los objetivos de la primer sesión.

1.10 Investigación de proceso y estudios

Por su parte en la investigación de proceso evalúa el cambio terapéutico desde distintos aspectos. En la investigación en psicoterapia se ha producido un giro conceptual y metodológico que nos ha conducido a tratar el estudio de la psicoterapia desde fuera, a penetrar en la consideración empírica de la psicoterapia a través de su historia natural, es decir, cómo se produce el proceso de cambio en un tratamiento determinado para un paciente particular (Avila,1990).

Según Greenberg y Pinsof (1986), la investigación en psicoterapia se convierte en el análisis de los procesos que se dan fuera de las sesiones de terapia y de los procesos que se dan dentro de éstas, junto con la interacción entre ambos, desde este punto de vista se rompe con la dicotomía proceso-resultado, ya que se toma en consideración lo que sucede dentro y fuera de la sesión.

La investigación de procesos en psicoterapia se interesa por cómo se produce el cambio, y no sólo por si se produce o no. Se refiere al estudio de la interacción entre el sistema del paciente y el del terapeuta. La meta de la investigación de procesos es identificar los procesos de cambio en la interacción entre estos sistemas. La investigación de procesos cubre todas las conductas y experiencias de estos sistemas que resulten pertinentes para el proceso de cambio, dentro y fuera de las sesiones de tratamiento (Botella y Vilaregut, 2005).

Existen dos maneras de realizar investigación de procesos: paradigmática y narrativa, tomando como referencia a Castro, (2007) el enfoque paradigmático ha sido el que más ha predominado, éste se centra en una metodología lógico Investigación de Procesos científica, en la que se elaboran hipótesis y una vez comprobadas se formulan leyes generales. La realidad existe independientemente del observador y puede ser conocida con una certeza objetiva si se utilizan los medios adecuados. Este enfoque se emplearía si el propósito es analizar determinadas ejecuciones, desde la perspectiva de un observador, y si nuestro

objetivo es explicar procesos y estructuras cognitivas que no están dentro de la conciencia.

Por su parte Díaz, (2002), nos habla de que la investigación sobre el proceso terapéutico es relativamente joven dentro del campo del estudio científico de la psicoterapia. Tradicionalmente se le ha definido como cualquier estudio que contiene total o parcialmente datos directos e indirectos de medidas del cliente, del terapeuta o de la relación terapeuta-cliente en el contexto de la entrevista terapéutica. Esta definición facilitó un marco de referencia para definir los límites de la investigación sobre el proceso en la terapia. Particularmente los estudios sobre el proceso se enfocaron en lo que ocurre dentro de lo espacio-temporal de la sesión terapéutica, mientras que los cambios fuera de la sesión fueron del dominio de las investigaciones sobre los resultados. La investigación se centró en la evaluación de los efectos de la terapia (investigación de resultado), sin considerar las cuestiones relativas a cómo opera la psicoterapia para alcanzar dichos resultados (investigación del proceso).

Los estudios convencionales sobre proceso-resultado se han basado en dos estrategias de investigación: la primera involucra la relación de ciertos aspectos de la conducta del terapeuta o del cliente con la medición de los resultados al final del tratamiento y la segunda comprende la vinculación de medidas promedio de variables de proceso durante el curso del tratamiento con índices de resultado del cliente al término del tratamiento.

Por último existe una última forma de investigación relacionada con el progreso, esta surge en los años sesentas mucho tiempo antes del entendimiento de la importancia de la perspectiva del cliente o el discurso actual de las voces de los clientes. Este grupo de estudios se inició al preguntarles a los clientes directamente sobre su experiencia en terapia e iniciaron sin proponérselo un nuevo campo de estudio.

Posteriormente, la investigación de progreso se desarrolló por la necesidad de contar con estudios que informen sobre el proceso completo.

La investigación sobre el progreso en la psicoterapia integra las perspectivas de los resultados y los procesos en una metodología unificada que permite a los terapeutas tomar decisiones sobre aquellas intervenciones más productivas con clientes particulares en puntos específicos durante el curso de la terapia. Este tipo de investigación tiene que proveer datos e información para mejorar la efectividad de las intervenciones con clientes determinados, lo cual hace una diferencia clínicamente significativa.

Autores como García y Fantin, (2010) encontraron que el 40% de los cambios que se dan en los pacientes están relacionados a las variables del paciente, el 30% por la relación terapéutica y la variables contextuales, en factores inespecíficos están la relación emocional de confianza entre terapeuta-paciente, la oferta de nuevas posibilidades de aprendizaje por parte del terapeuta, lo que hace que se cree un nuevo sentimiento de dominio y autoeficacia en el paciente.

En una investigación realizada por Valdespino, (2015), después de una intervención de tipo cognitivo conductual con problemas de tipo emocional (7 casos), problemas conductuales acudieron 3 y por problemas de comunicación 2, con terapia de tipo individual y familiar, se evaluó el proceso desde la perspectiva de terapeutas y pacientes respecto al cambio, en dos momentos, después de la tercera sesión de intervención y al dar a los pacientes de alta, para ver si el motivo de consulta se modificó y en qué sentido lo hizo positiva o negativamente, además de los factores que ellos habían considerado que influyeron en el motivo de consulta. Con base en ello se encontró que tanto usuarios como terapeutas perciben que se tuvo un avance a lo largo de la terapia en el bienestar psicológico individual, familiar y social, también se encontró que no solo se trata de comparar las percepciones de ambas partes sino que es importante el realizar evaluaciones frecuentes donde se le pregunte al paciente cómo es que se siente con la terapia.

De igual manera en un estudio hecho por Froján, Montaña y Calero, (2006), Luego de las diversas investigaciones que se han hecho en los últimos tiempos acerca de que es lo que explica los cambios que ocurren en terapia, muchos enfoques han coincidido en uno de ellos específicamente que sin importar su enfoque teórico se habla de una alianza terapéutica como principal promotora del cambio. Debido a la complejidad de los muchos factores que intervienen en dichos cambios estos autores se concentraron en estudiar el modelo cognitivo conductual en el que se analizaron 23 sesiones terapéuticas de 4 casos adultos, tratados por la misma terapeuta, para recabar los datos se realizaron análisis funcionales del proceso terapéutico considerando al clínico como emisor del comportamiento a estudiar, comportamiento éste cuyos efectos se podrían apreciar observando las reacciones conductuales del cliente. Luego del análisis se halló que existía cierta influencia con respecto a los reforzadores proporcionado por el terapeuta hacía con los pacientes, sin embargo los autores también mencionan algunos inconvenientes del estudio de esta influencia del terapeuta sobre los pacientes ya que al estudiar la interacción entre ambos, resulta importante estudiar de igual forma el efecto de las conductas del paciente por sobre las del clínico, también se menciona la importancia de determinar qué conductas emitidas por el psicólogo actúan realmente como refuerzo y castigo aumentando o disminuyendo.

Este estudio tuvo como propósito describir las características de los motivos de permanencia y abandono terapéutico de los consultantes de la Unidad de Servicios Psicológicos de la Universidad Católica de Colombia de 2007 y 2008. Así mismo, la permanencia terapéutica es entendida como, la adherencia al tratamiento, la permanencia terapéutica se debe en la mayoría de los casos, a motivos clínicos asistenciales y de gestión sanitaria, aspectos importantes a valorar dentro de la práctica en salud mental. Para lo cual participaron los consultantes que asistieron a la Unidad de Servicios Psicológicos de la Universidad Católica de Colombia. Se diseñó la encuesta Caracterización de los Motivos de Permanencia y Abandono Terapéutico, la caracterización estuvo conformada por las siguientes variables: Variables sociodemográficas: Sexo, Rango de Edad, Escolaridad, Ocupación, Localidad, Estrato, Estado Civil, Composición Familiar. Variables del

consultante: Motivo de consulta, la remisión, la decisión propia de iniciar el proceso terapéutico, decisión de iniciar proceso inmediatamente, disposición de tiempo para proceso, encontrar apoyo en la familia; Variables del terapeuta: sexo, estatus profesional, empalme. Variables de la relación consultante-terapeuta: el terapeuta lo motivó a continuar con el tratamiento y cumplimiento de expectativas.

Motivos de permanencia terapéutica: los elementos que constituyeron la categoría fueron los reportados por los consultantes. Motivos de abandono terapéutico: los elementos que constituyeron la categoría fueron los mencionados por los consultantes (Froján, Montaña y Calero, 2006).

Los resultados permitieron identificar que el principal motivo por el cual los usuarios abandonan el servicio está relacionado con dificultades económicas para su desplazamiento. Las variables sociodemográficas no permitieron discriminar los usuarios que permanecieron o abandonaron el tratamiento psicológico. En relación con las variables del consultante tampoco discriminan la permanencia terapéutica y el abandono terapéutico de los consultantes, son aspectos que pueden ayudar en alguna medida a que permanezcan en el tratamiento sin llegar a ser significativos. Por otro lado las variables de la relación consultante terapeuta si influyen ya que cuando el terapeuta motiva al consultante a continuar el tratamiento, se constituye en un factor que contribuye a permanecer en el mismo (Froján, Montaña y Calero, 2006).

Se observó un comportamiento similar entre la permanencia y el abandono terapéutico sobre el cumplimiento de expectativas, se encontró una leve tendencia a favor de que estas se cumplan como aspecto que facilita la permanencia terapéutica. Ello implica que el terapeuta considere, dentro del proceso de evaluación, la identificación de estas expectativas por cuanto se constituyen en otro elemento motivacional fundamental para que el consultante se comprometa y permanezca en la intervención. Por su parte encontraron que el único argumento que permite discriminar el abandono terapéutico es la falta de tiempo para asistir al mismo, por parte de los usuarios que abandonan el tratamiento.

En un estudio realizado por Rondón, Otálora y Salamanca (2009), se encontró que el 36% de los entrevistados manifestaron algún tipo de inconformidad con el proceso terapéutico propiamente dicho o con el rol del terapeuta dentro del mismo, si bien una cosa son los problemas del proceso y otra cosa los del terapeuta, en este estudio se agrupan en la misma categoría ya que el paciente no posee los criterios necesarios para diferenciar cuando su insatisfacción se refiere al uno o al otro; la ocurrencia de este motivo puede revelar que efectivamente existen problemas relacionados con la terapia o el rol del terapeuta, pero también se encuentran mediados por las percepciones y expectativas que el paciente trae consigo a la sesión.

Se aplicaron 84 encuestas a hombres y mujeres con diferente nivel socio cultural para explorar la opinión de la efectividad de la psicoterapia, los resultados arrojaron que 3 de cada 4 personas confían en la efectividad de los tratamientos psicológicos, la mitad de los encuestados asistieron al menos una vez a una intervención en áreas de carácter social, grupal, familiar; también se encontró la preferencia por los tratamientos de corta duración, asimismo respecto al grado de conformidad por la ayuda recibida, se encontró que un gran porcentaje estaba totalmente satisfecho y sólo un muy bajo porcentaje (4%) (García y Fantin, 2010).

Según Rondón, Otálora y Salamanca (2009) alrededor de un 80% de los pacientes bajo un tipo de tratamiento manifiestan cambios psicológicos significativos. La psicoterapia es capaz de producir cambios que se mantienen a lo largo del tiempo y a veces éstos se desvanecen.

Respecto con lo anteriormente mencionado encontramos que la historia de la práctica clínica de la psicología ha cambiado a lo largo de los años en cuantos a sus demandas las cuales tienen que ver actualmente con problemas menos graves relacionados con estrés laboral, duelo, separación de una pareja, entre otros ya que las personas se sienten sobrepasadas en sus estrategias de afrontamiento para las dificultades cotidianas en las que carecen de una red de apoyo familiar y social sólida

y estable que les proporcione la ayuda y el apoyo necesario para seguir adelante, es por ello que se debe poner énfasis en detener el uso de diagnósticos psiquiátricos y desarrollar estrategias de intervención. De ahí la importancia de evaluar la eficacia de la terapia psicológica para que esta pueda continuar desarrollándose, de ahí poder delimitar la duración de las sesiones y la efectividad de las mismas, para así modificarlas si es que se requiere (Echeburúa, 2010).

Con respecto a ello en el presente trabajo pudimos encontrar que es muy escaso el estudio de este tipo de investigaciones en México, a pesar de la impartición de la carrera de psicología clínica en diversas instituciones. Ya que el tema parece no ser de mucho interés para quienes llevan a cabo la practica terapéutica, sin embargo es de gran importancia profundizar en la efectividad de las técnicas y métodos aplicados a las problemáticas presentadas por los pacientes, ya que al llevarse a cabo este tipo de estudios, proporcionarían un beneficio en la relación terapeuta-paciente como una forma de retroalimentación para los terapeutas dando como resultado un mejor servicio para los pacientes basado en evidencia empírica y no solo en la aplicación de modelos y teorías que debido a su falta de comprobación pueden ser consideradas suficientes para abordar distintas problemáticas. Según la literatura son muchos los factores que interfieren en los cambios que tienen los pacientes y los cuales pueden estar o no relacionados a la terapia debido a ello este tipo de investigaciones serían capaces de esclarecer de una manera más específica como ayudar a los pacientes, ya que como se sabe hay que tomar en cuenta las necesidades del paciente como individuo y adaptarse a ellas. Debido a lo anterior la presente investigación tuvo el siguiente objetivo:

Objetivo general: Evaluar si la terapia breve sistémica es efectiva en un grupo experimental en comparación con un grupo control

Objetivo específico: Evaluar si existen diferencias en la queja presentada por pacientes que acuden a terapia breve sistémica después de 3 sesiones de intervención, en comparación con un grupo control que no recibió terapia y permaneció en lista de espera por un tiempo mínimo de un mes

Hipótesis: Los pacientes quienes han recibido terapia breve sistémica mostrarán más cambios en comparación con aquellos quienes después de un mínimo de un mes no recibieron ningún tipo de intervención psicológica.

2. MÉTODO

2.1 Participantes: 44 pacientes de los cuales, 15 fueron pacientes atendidos durante una año en INFASI ACT SC dados de alta o que dieron por terminado unilateralmente el tratamiento y 29 pacientes en lista de espera de la Fes Iztacala UNAM que no recibieron tratamiento en el plazo de un mes o más.

Escenario: Cubículos de INFASI y de la Clínica de la Fes Iztacala

2.2 Tipo de investigación: Mixta (Cualitativa-cuantitativa) Descriptivo-Correlacional

Diseño de investigación: Cuasi experimental con tres fases ABC con grupo control

2.3 Variables independientes: Terapia breve sistémica, tipo de terapia (individual de pareja o familiar).

Variables dependientes: Tipo de problema, bienestar psicológico individual, familiar, social.

Otras variables: Tiempo que pasaron en lista de espera

2.4 Materiales e instrumentos: Entrevista semiestructurada escalas, audiograbadora.

2.0.1 Procedimiento

Fase A: El investigador obtuvo en la entrevista los datos del proceso de evaluación e intervención de cada caso atendido especificando tipo de problema o queja, bienestar psicológico individual, familiar y social, tipo de terapia y número de sesiones.

Fase B: Después de la tercera sesión se realizó una entrevista con los pacientes para identificar lo siguiente: bienestar psicológico individual, familiar y social, si hubo algún cambio o no en la queja (desapareció la queja, se modificó, empeoró o continua igual).

Fase C: Grupo experimental: Se evaluaron las variables dependientes después de la tercera sesión.

Grupo control: para los pacientes que permanecieron en lista de espera durante un mes mínimo sin haber recibido ningún tipo de atención psicológica durante ese tiempo, se evaluaron con la escala de bienestar psicológico y si hubo cambio o no en la queja (desapareció la queja, se modificó, empeoró o continúa igual).

RESULTADOS

3.1 Análisis Cuantitativo

Luego de la evaluación de las entrevistas realizadas respectivamente con el grupo control y el grupo experimental se analizaron los datos obtenidos y se encontró lo siguiente:

En la Tabla 1 se muestra la edad y estado civil de los pacientes que participaron en el estudio, respecto a lo que se muestra en la tabla, de los 44 pacientes la muestra estuvo conformada principalmente por pacientes solteros y casados 33 de ellos solteros y 11 casados, mientras que las edades de los pacientes variaron.

Tabla 1. **Edad y estado civil de los pacientes**

		Estado civil		
Soltero	Edad	23	18	19
		18	21	23
		19	27	9
		22	19	30
		19	47	19
		24	41	11
		18	41	21
		20	37	17
		24	28	19
		18	23	20
24	26	18		
Total		33		
Casado	Edad	41		38
		48		36
		80		43
		59		38
		34		38
Total		11		

Por su parte respecto al nivel de estudios de los pacientes predominó el nivel de licenciatura en la mayor parte de los casos. Por otro lado en cuanto a la religión la

que más se presentó en los pacientes fue la religión católica y la falta de religión como lo muestra la tabla 2.

Tabla 2. **Escolaridad y religión de los pacientes.**

		Religión de los pacientes		
			católica	ninguna
Escolaridad del paciente	Primaria	3	30	14
	Secundaria	4		
	Bachillerato	11		
	Licenciatura	24		
	Otra	2		
Total		44		

Otras de las variables a evaluar fueron el tipo de familia de los pacientes y si estos recibieron terapia o no, de la muestra total 15 de los pacientes recibieron terapia breve sistémica mientras que 29 de ellos permanecieron en lista de espera por un periodo que varió de 3 a 11 meses sin ningún tipo de intervención, como se puede observar en la siguiente tabla, la mayor parte de los pacientes pertenecen a una familia nuclear, 7 de ellos pertenecen a una familia extensa y sólo 2 una familia uniparental.

Tabla 3. **Tipo de familia y tipo de terapia de los pacientes**

Tipo de familia	Con TBS	Sin terapia	total
Nuclear	9	26	35
Uniparental	1	1	2
Extensa	4	3	7
Reconstruida	0	0	0
Total	14	30	44

Otro de los aspectos a evaluar en los pacientes fue el tipo de problema o motivo de consulta tanto en los que recibieron TBS como los que no recibieron terapia, como se puede observar en la tabla, predominaron en ambos grupos los

problemas de tipo emocional 8 del grupo control y 8 del experimental, seguidos de los problemas relacionales 2 del grupo experimental y 14 del grupo que no recibió terapia, en cuanto a los problemas de comunicación se encontraron solo en 3 y 6 participantes respectivamente, por último sólo 3 de los participantes del grupo experimental presentaron problemas de tipo conductual.

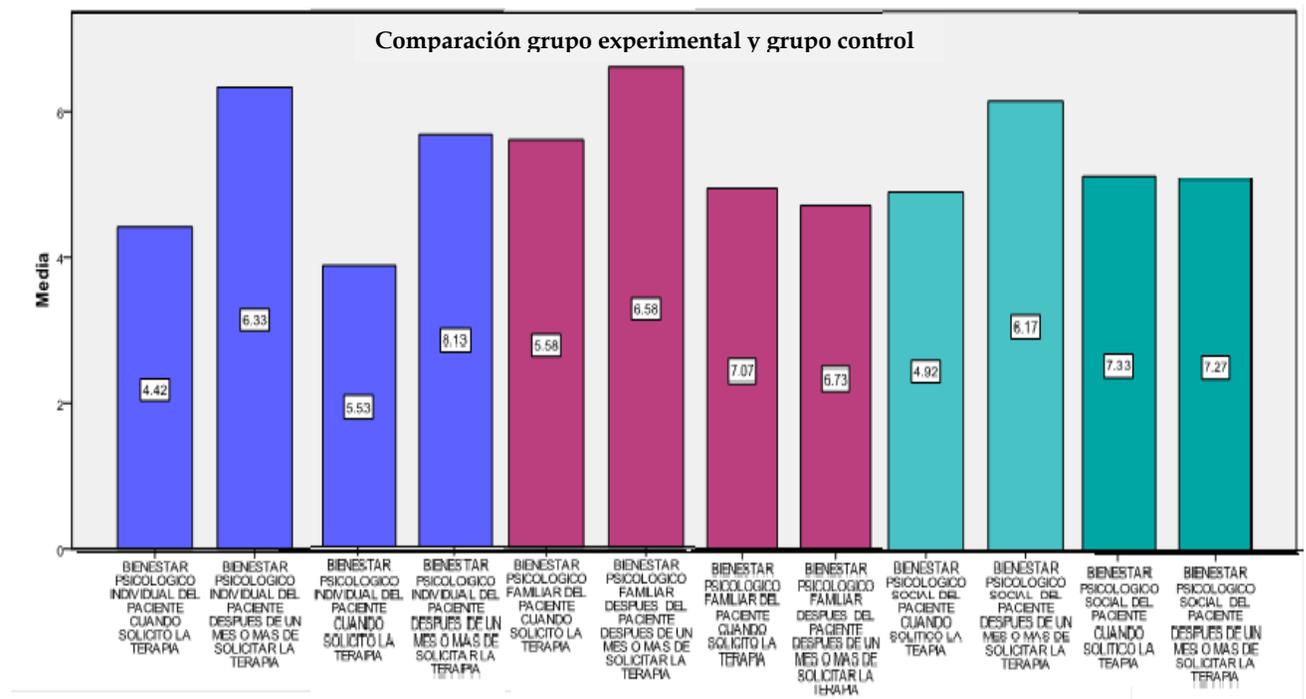
Tabla 4. Tipo de terapia y tipo de problema

		Tipo de problema del paciente				Total
		Conductual	Emocional	Comunicación	Relaciones	
		1	1	1	1	4
Con terapia	1	1	1	1	1	5
			1			
	1		1			
			1			
			1			
			1			7
			1			
			1			
			8	3	1	15
				1	1 1	
			1 1	1	1 1	
			1 1	1	1 1	
				1		
Sin terapia	0		1 1	1	1 1	
				1	1 1	
			1		1 1	29
			1		1	
					1 1	
		3	16	9	18	44

Como se mencionó anteriormente los pacientes de ambos grupos se evaluaron por medio de una escala que evalúa el bienestar psicológico individual, familiar y social. Luego de comparar las escalas se encontraron cambios en el momento en que los usuarios solicitaron la terapia y cuando terminaron la intervención en el caso de los que recibieron terapia y los que no. En ambos grupos se notaron cambios en las 3 escalas de bienestar sin embargo los cambios fueron distintos en cada grupo. En la comparación de ambos grupos en general como se

puede observar en la Gráfica 1, hubo cambios para los dos en cuanto al bienestar psicológico individual, ya que después de la segunda evaluación hubo un incremento poco más de 2 puntos, por su parte en el bienestar psicológico familiar los cambios fueron mayores para el grupo experimental ya que este incrementó 1 punto mientras que el grupo control disminuyó casi 2 puntos, de forma similar en el bienestar psicológico social los cambios fueron mayores en el grupo experimental donde este aumento y en el grupo control se mantuvo casi igual antes y después de la evaluación.

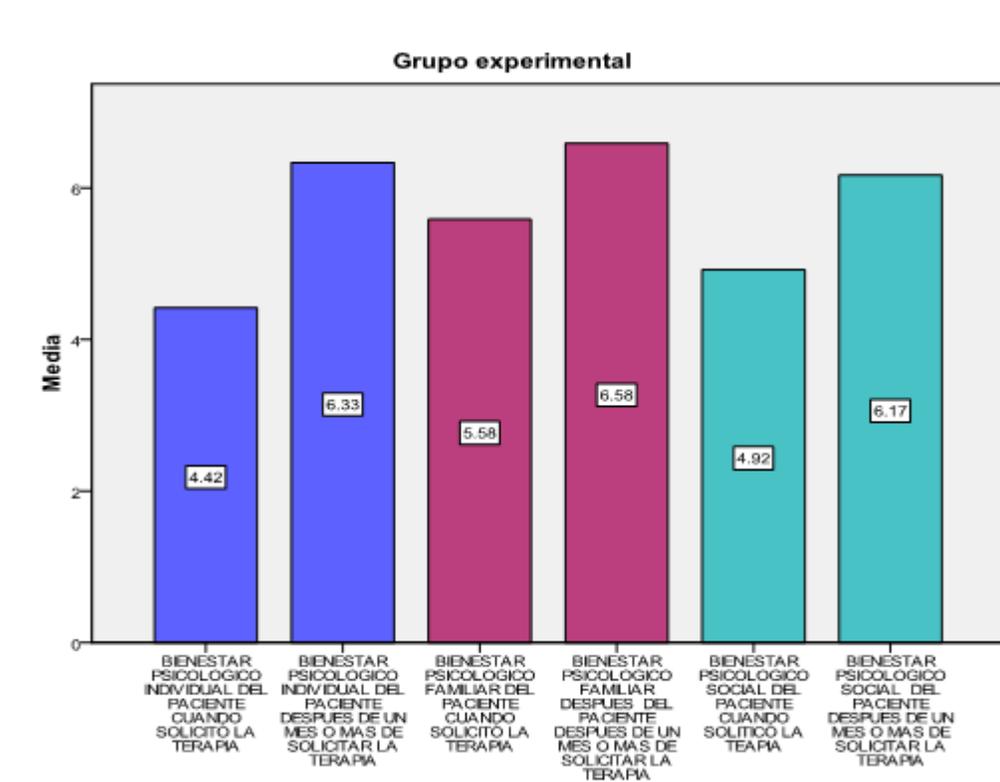
Figura 1. Escalas de bienestar de los pacientes de ambos grupos antes y después de 3 sesiones o luego de 1 mes en lista de espera



Por su parte al analizar a los grupos de manera separada, empezando por el grupo experimental se encontró al comparar la evaluación del bienestar de los pacientes realizada al iniciar la terapia y después de 3 sesiones, después se encontraron cambios a nivel individual, familiar y social.

Como se puede apreciar en la gráfica 2 las medias del grupo muestran que hubo cambios notables antes y después de que los pacientes recibieron terapia breve sistémica, en el bienestar psicológico individual hubo un incremento de 4.42 a 6.33, a pesar de que el cambio en el bienestar familiar de los pacientes fue menor de igual forma podemos observar un incremento que se encontraba en una media de 5.58 que después de la tercera sesión aumento a 6.58, por su parte en cuanto al bienestar psicológico social hubo un cambio al iniciar la terapia de 4.92 que aumentó a 6.17 después de la tercer sesión, los datos obtenidos nos muestran que la intervención psicológica generó un cambio en los tres niveles de bienestar del grupo.

Figura 2. Comparación de escalas de bienestar del grupo experimental

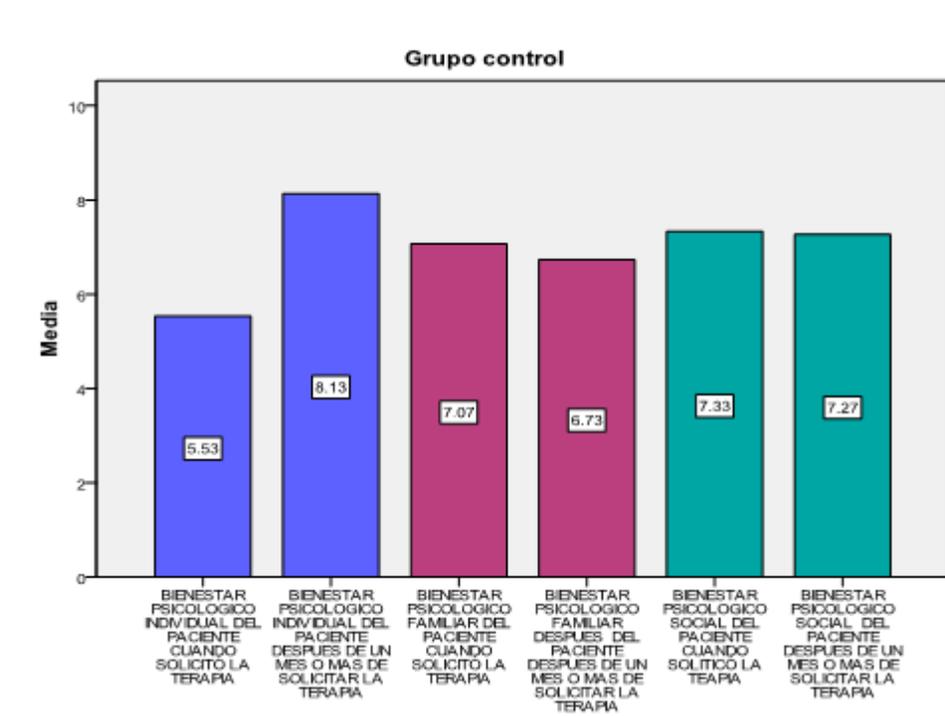


Por su lado luego de evaluar al grupo control, pudimos ver que también hubo un cambio en las escalas de bienestar individual, familiar y social de los pacientes, sin embargo la más notoria fue la de bienestar psicológico individual, el cual tuvo un incremento a pesar de que los pacientes no recibieron terapia psicológica como se observa en la gráfica 3 hubo un aumento de 5.53 al pedir la ayuda psicológica que

luego de permanecer el lista de espera aumento a 8.13, con respecto al bienestar psicológico familiar podemos ver que este de manera contraria al grupo experimental disminuyo de 7.07 a 6.73, por parte del bienestar psicológico social que al solicitar la terapia se encontraba en 7.33 se mantuvo en 7.27.

En relación con lo anterior podemos decir que los pacientes del grupo control a pesar de no haber recibido ningún tipo de intervención mejoraron su bienestar individual, sin embargo no hubo el mismo en efecto en lo familiar y social que se mantuvo o empeoró sin intervención psicológica.

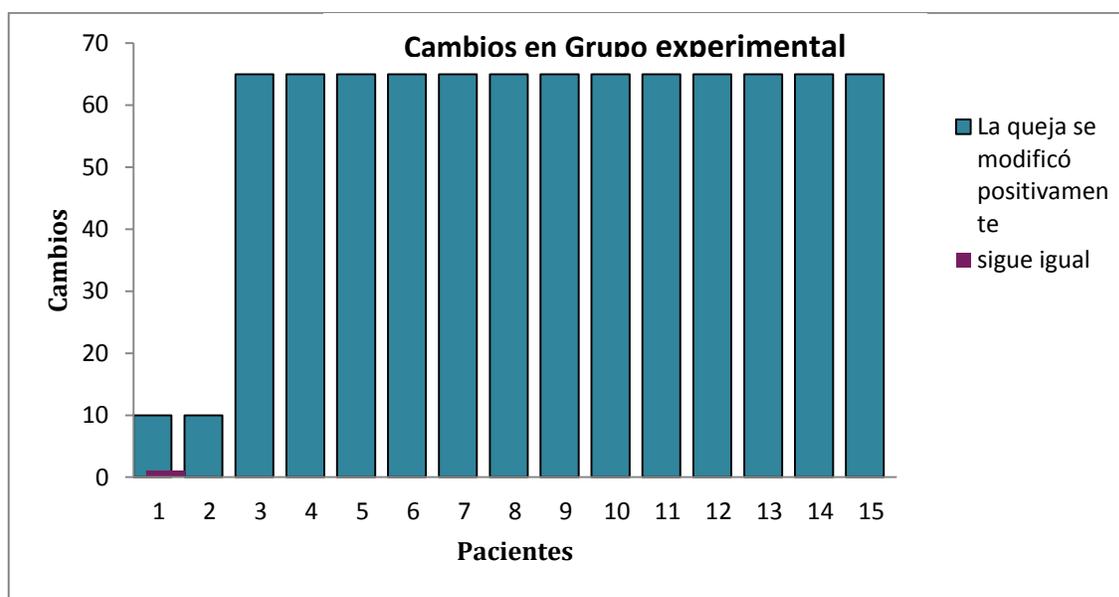
Figura 3. Comparación de escalas de bienestar del grupo control



Por su parte otro de los aspectos a evaluar en los pacientes fueron los cambios que ocurrieron entre la primera y la segunda evaluación, para el grupo experimental se evaluaron los cambios ocurridos después de la tercera sesión de TBS, mientras que en el grupo control estos cambio se compararon con el tiempo que los pacientes permanecieron en lista de espera sin intervención psicológica; en ambos casos se evaluó la queja en las siguientes categorías: 1 sigue igual, 2 se modificó positivamente, 3 se modificó negativamente y 4 desapareció. En el caso del grupo experimental los cambios reportados por los 15 pacientes tratados bajo

terapia breve sistémica indican que en 14 de los casos el motivo de consulta se modificó positivamente y solo en 1 de los pacientes la queja se continuó igual como lo muestra la gráfica 4. Otro dato adicional del grupo fue la sesión de terapia en la que se observaron cambios en los pacientes la cual se encontró entre la tercera y cuarta sesión.

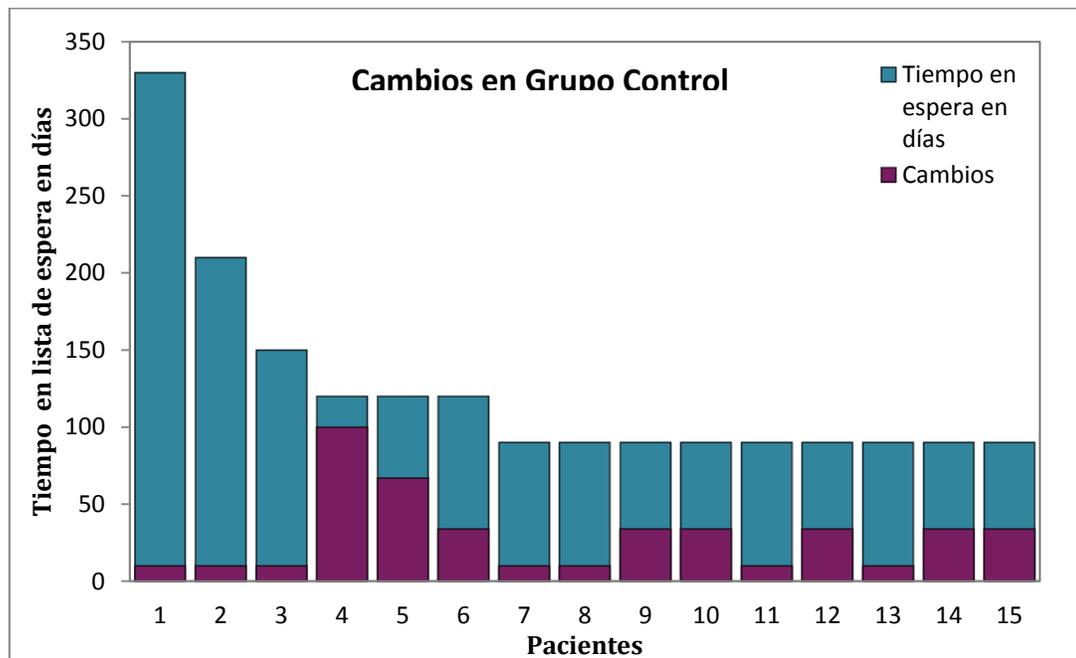
Figura 4. Cambios en el grupo experimental luego de la tercera sesión



Por otro lado en el grupo control los cambios que pudieron darse en el motivo de consulta de los pacientes fue comparado en función del tiempo que permanecieron en lista de espera el cual fue evaluado en días y estuvo en un rango de 60 hasta 330, al igual que en el grupo experimental los cambios fueron categorizados en: 1 sigue igual, 2 se modificó positivamente, 3 se modificó negativamente y 4 desapareció. Como puede observarse en la gráfica 5 se realizó una comparación entre estas dos variables para ver si había relación entre ellas, sin embargo podemos observar que no hay relación ya que los pacientes que pasaron mayor tiempo en la lista de espera no mostraron grandes cambios, quienes

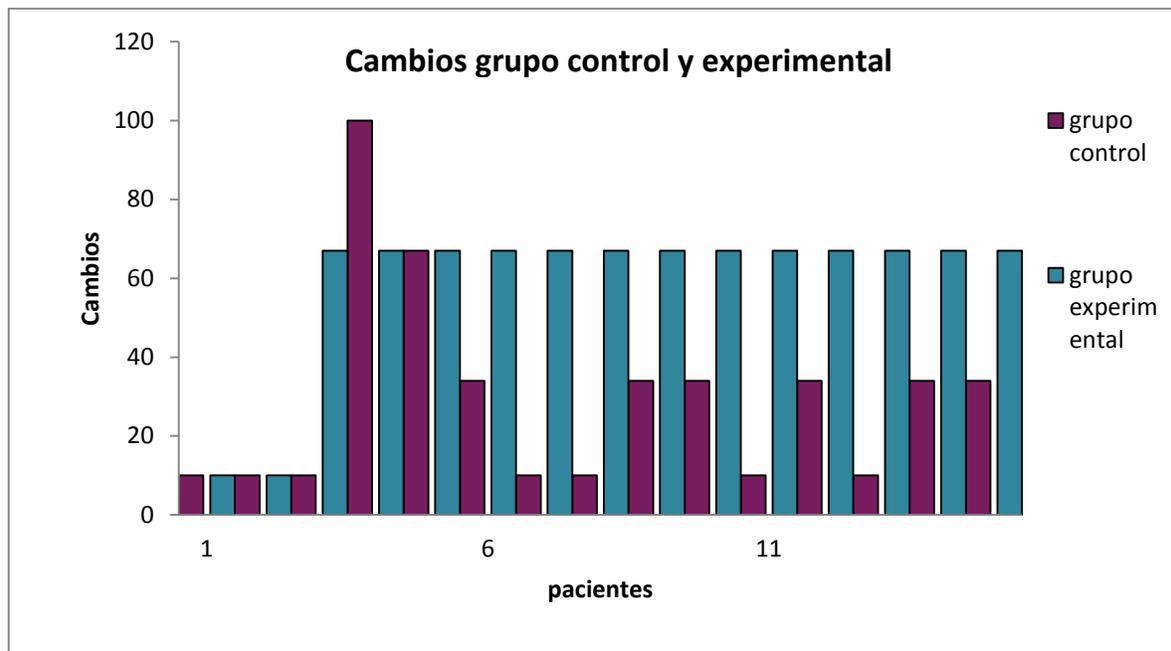
mostraron más cambios fueron los que pasaron aproximadamente 90 días en la lista de espera, debido a lo anterior podemos decir que el tiempo no estuvo directamente relacionado con los cambios que se dieron en este grupo. Los datos arrojaron que sólo en un 30% de los pacientes la queja se modificó positivamente.

Figura 5. Comparación del tiempo que pasaron los pacientes del grupo control en lista de espera y los cambios que tuvieron.



En la gráfica 6 se muestra a ambos grupos para comparando los cambios en la queja que se dieron en cada uno de ellos, como se puede observar los cambios más notables fueron los del grupo experimental en los cuales como se mencionó anteriormente en la mayoría de los casos la queja de los pacientes se modificó positivamente, mientras que en el caso de los pacientes del grupo control los cambios fueron variables ya que la queja se modificó positivamente, se modificó negativamente, en sólo uno de los casos la queja desapareció y en la mayoría de los casos se mantuvo igual. Por lo que podemos decir que los pacientes del grupo control tuvieron mayores mejoras debido a la intervención psicológica.

Figura 6. Comparación los cambios del grupo experimental y el grupo control



3.2 Análisis inferencial de pruebas estadísticas

Luego de analizar los datos de las variables del bienestar psicológico, encontramos que los datos obtenidos estadísticamente fueron relevantes en ambos grupos, en donde se encontró que hubo un efecto positivo mayor en el bienestar de los pacientes después de la intervención psicológica como se muestra a continuación. Se aplicó una prueba de Mann-Whitney para evaluar a ambos grupos.

En el caso del análisis de los datos del grupo experimental, los datos fueron sometidos a un análisis estadístico por medio de una prueba de Wilcoxon y se encontró lo siguiente, como se puede observar en la tabla 4 entre los puntajes obtenidos antes de la aplicación y los obtenidos después de la tercera sesión los puntajes fueron de .002 en bienestar psicológico individual, en lo familiar de .017 y

de .016 en el bienestar social, las cuales son menores al nivel de significación de .05 lo cual muestra que el cambio fue estadísticamente significativo en los 3 niveles por lo tanto podemos decir que la intervención psicológica ocasionó cambios en las 3 áreas.

Tabla 4. Prueba de Wilcoxon grupo experimental

	B P I CUANDO SOLICITÓ LA TERAPIA DESPUES DE UN MES O MAS	B P F CUANDO SOLICITÓ LA TERAPIA DESPUES DE UN MES O MAS	B P S CUANDO SOLICITÓ LA TERAPIA DESPUES DE UN MES O MAS
Z	-3.165 ^a	-2.388 ^a	-2.410 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	.002	.017	.016

a. Basado en los rangos negativos. B.

De igual forma en el caso del grupo control se aplicó un análisis estadístico con la prueba de Wilcoxon que se muestra en la tabla 5, los puntajes demuestran que el cambio en el bienestar psicológico individual fue el único estadísticamente significativo ya que tuvo un puntaje de .000 el cual es menor a .05 por su parte, los puntajes del bienestar psicológico familiar (.417) y social (.055) son mayores lo que indica que no fueron estadísticamente significativos.

Tabla 5. Prueba de Wilcoxon grupo control

	B P I CUANDO SOLICITÓ LA TERAPIA DESPUES DE UN MES O MAS	B P F CUANDO SOLICITÓ LA TERAPIA DESPUES DE UN MES O MAS	B P S CUANDO SOLICITÓ LA TERAPIA DESPUES DE UN MES O MAS
Z	-3.846 ^a	-.812 ^b	-1.917 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	.000	.417	.055

a. Basado en los rangos negativos.

b. Basado en los rangos positivos.

c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

DISCUSIÓN

Retomando el objetivo de la presente investigación que fue: Evaluar si la terapia breve sistémica es efectiva en un grupo experimental en comparación con un grupo control y luego de analizar los resultados de los distintos grupos de la investigación, se encontraron diferencias significativas en los datos de cada uno los cuales fueron diferentes para cada uno, en relación a ello podemos decir que los más relevantes son los siguientes:

En la comparación de grupos podemos observar un cambio en el bienestar presentada por los pacientes en ambos grupos, ya que en ambos hubo cambios en los distintos niveles de bienestar psicológico individual.

Empezando por el grupo experimental hubo un incremento en los tres niveles de bienestar psicológico principalmente en el individual y social donde la diferencia fue más notable, esto como lo mencionan algunos autores como Hewitt y Gantiva, (2009) puede estar relacionado a la intervención psicológica, que en esta modalidad de terapia breve ha tenido mayor efectividad y aceptación como alternativa de intervención con bajo costo y resultados favorables. Los autores también mencionan que los objetivos de la TBS se enfocan a incrementar la conciencia de los pacientes sobre sus comportamientos, de su capacidad y motivación para hacer algo al respecto.

Uno de los hallazgos más importantes del presente trabajo fue encontrar que no sólo hubo cambios significativos en el bienestar psicológico individual, familiar y social del grupo experimental sino que además hubo un cambio en la queja presentada por la mayoría de los pacientes la cual se modificó positivamente, este resulta un dato de suma importancia ya que este se presentó en una terapia no concluida sino solo después de 3 sesiones de intervención, por lo cual podemos decir que la terapia breve sistémica afecto a los pacientes positivamente en las diversas áreas de sus vidas, al contrario del grupo control en el que si bien se dieron cambio en los niveles de bienestar psicológico individual, este no se logró en las

demás áreas y además de que estos pacientes no lograron tener cambios significativos en la queja por la cual buscaban terapia. Como lo mencionan Slive y Monte, (2013) las investigaciones actuales dan evidencia consistente de la notoria efectividad de las intervenciones breves, tal es el caso de la terapia breve sistémica ya que se ha encontrado que gran parte de los cambios que ocurren en los pacientes se dan durante las sesiones iniciales de encuentro terapéutico.

Con relación a lo anterior cabe mencionar que los cambios pudieron ser significativos en lo familiar y social debido a que como lo menciona (Montalvo, 2009) la terapia breve sistémica aborda problemáticas en los tres niveles de terapia individual, de pareja y familiar, busca cambiar la interacción el circuito que mantiene el problema creando una pauta distinta a la que mantenía la interacción problemática, lo cual como se pudo observar en el grupo experimental donde hubo un efecto no sólo en los problemas individuales de los pacientes sino también en lo familiar y social.

Según lo encontrado en la literatura existen ciertas variables que no se encuentran relacionadas con el tipo de terapia o con la intervención psicológica, Santibáñez, et al, (2008) mencionan que los cambios que se dan pueden estar relacionados a variables externas como las características de personalidad, estilo de funcionamiento, el tipo de problemática o la complejidad de los síntomas así como circunstancias específicas y el tiempo transcurrido, sin embargo contrario a lo anteriormente mencionado en el presente trabajo se encontró que el tiempo que pasaron en lista de espera los pacientes sin tratamiento psicológico no estuvo relacionado a los cambios que ocurrieron dentro del bienestar psicológico de los pacientes en ninguna de las áreas, a pesar de que algunos de ellos lograron mejorar su bienestar psicológico individual este no se relacionó al tiempo que pasaron sin recibir tratamiento.

Una explicación relevante a los datos obtenidos de este grupo respecto a la disminución del bienestar psicológico familiar y social de los pacientes, puede

deberse a la falta de intervención psicológica; como lo arrojaron los resultados el mayor número de las problemáticas por las que acudieron los pacientes de este grupo estaban relacionadas a problemas relacionales que pudieron haber mejorado con ayuda de la TBS como lo encontrado en la investigación de Vega, Musi y Almada, (2013) donde se dio una intervención de terapia breve sistémica como tratamiento para incrementar la satisfacción familiar, se halló que en un 95% se produjo un incremento en la satisfacción familiar en los pacientes que recibieron el tratamiento psicoterapéutico, demostrando su efectividad.

Como lo han comprobado diversos estudios la terapia breve sistémica es capaz de abordar diversas problemáticas individuales, de pareja y familiares, cómo abuso de drogas, problemas de conducta, trastornos alimenticios, problemas de estrés, problemas maritales, problemas afectivos, problemas de relación, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, entre otros de manera efectiva (Peña, Vieito y Muñiz, 2011). Los cambios pueden relacionarse a diversas variables como las expectativas del paciente, la relación terapeuta-paciente, el establecimiento de metas terapéuticas al inicio de la terapia, las técnicas aplicadas a la problemática del paciente, etc.

Retomando los resultados obtenidos en el grupo experimental cabe recordar que éste fue evaluado en dos momentos distintos: antes de la intervención y después de la 3ª sesión, arrojando resultados favorables luego de esta segunda evaluación; según Rondón, Otálora y Salamanca (2009) alrededor de un 80% de los pacientes bajo un tipo de tratamiento manifiestan cambios psicológicos significativos por lo que la psicoterapia es capaz de producir cambios que se mantienen a lo largo del tiempo y a veces éstos se desvanecen, algunos estudios que concuerdan con lo encontrado en esta investigación como la de Espina y Cáceres (1999) quienes evaluaron la efectividad de la TBS en problemas de pareja y de familia evaluando el problema de los consultantes por medio de una escala de 0-10 en donde 0 era estar muy mal y 10 estar perfectamente, al concluir la terapia y 1 año después, con un número promedio de 3 sesiones, encontraron que la media de las puntuaciones al iniciar el tratamiento era de 3 o de 0, al finalizar el tratamiento la media fue de 7 mientras que después de

transcurrir un año se situó en 8, lo que nos lleva a ver que los cambios pueden permanecer a lo largo del tiempo. De forma equivalente fue comprobado por la investigación realizada por Beyebach, et al (1997).

En relación con lo anterior podemos decir que la terapia breve sistémica tiene un efecto significativo en los cambios del bienestar psicológico de los pacientes luego de la intervención.

Por otro lado a pesar de la muestra de esta investigación fue pequeña, los resultados encontrados pueden ser considerados significativos tomando en cuenta lo dicho por (Bados, Eugeni y Fuste, 2002) quienes nos hablan de que las terapias altamente eficaces son aquellas que han sido investigadas bajo buenos diseños experimentales y han obtenido resultados más altos a los del efecto placebo o al no tratamiento; los resultados han sido constatados al menos por 2 grupos de investigación independientes de manera similar a la APA que ha establecido como criterios específicos de tratamiento efectivo a aquel cuyo tratamiento ofrece mejores resultados que un placebo u otro tipo de tratamiento y si el tratamiento demuestra una eficacia similar a otro ya probado como en el caso de esta investigación donde al contrastar a dos grupos independientes se encontraron mejores resultados en el grupo experimental que en el control.

Por último con respecto a la relevancia de la investigación Ponch y Ávila 1989 citado en Moncada y Kuhne, (2003) mencionan que la falta de investigaciones sobre la efectividad de la terapia no es el único problema, sino que además existe una falta de interés por los resultados, ya que los terapeutas difícilmente están dispuestos a modificar sus creencias o su modo de hacer psicoterapia. Es por ello que podemos decir que es de suma importancia que se realicen más investigaciones al respecto que sirvan de retroalimentación para los psicólogos tanto del modelo de terapia breve sistémica como de otros modelos, debido a ello se sugiere que se estudie el tema de efectividad bajo el modelo sistémico y que a su vez pueda ser contrastado con otros modelos de terapia psicológica en futuras investigaciones.

CONCLUSIÓN

Para concluir este trabajo de tesis a continuación se abordarán las conclusiones principales a las que se llegaron en la presente investigación, así como algunas recomendaciones al respecto.

Como se mencionó anteriormente la hipótesis de la presente investigación fue que los pacientes quienes recibieron terapia breve sistémica mostrarían cambios respecto a aquellos quienes después de un mínimo de un mes no recibieron ningún tipo de intervención. De acuerdo con lo encontrado en esta investigación podemos aceptar la hipótesis ya que el grupo experimental tuvo cambios significativos mayores a los que se dieron en el grupo control, ya que como se mencionó anteriormente los cambios que se presentaron en los pacientes que recibieron terapia breve sistémica se dieron en los tres niveles de bienestar de los pacientes y no solo en uno de ellos como en el caso del grupo control.

Con base en ello podemos decir que los datos obtenidos en la presente investigación son capaces de corroborar la efectividad que tiene el modelo de terapia breve desde el enfoque sistémico en diversos tipos de problemáticas de tipo individual, familiar y social, debido a la forma en la que se enfoca en solucionar los problemas en función a como se relaciona la problemática del paciente con los sistemas en los que interactúa para que este puede modificar el circuito haciendo cosas diferentes que generan un cambio en el funcionamiento del sistema y por lo tanto e el problema del paciente.

Otra de las conclusiones principales fue que los cambios que se dieron en el grupo experimental no solo mostraron ser estadísticamente significativos sino que también pudimos encontrar que los cambios que se dieron luego de la intervención psicológica fue que la queja o motivo de consulta de los pacientes se modificó positivamente en el 90% de los casos en contraste al grupo control en el que esto ocurrió únicamente en un 30%. Lo que nos lleva a afirmar que al igual a otras investigaciones que se han realizado anteriormente la terapia breve sistémica es efectiva y es capaz de mantener estos cambios positivos a lo largo del tiempo.

Por otro lado en general los pacientes de ambos grupos acudieron en búsqueda de terapia por problemáticas diversas que fueron desde conductuales, comunicativas, relacionales y emocionales entre las cuales predominaron las dos últimas las cuales nos ayudan a ver que la terapia breve sistémica desde su forma de abordar estos problemas puede ser efectiva en cualquiera de ellas, como lo demostraron los resultados los problemas que más se presentaron en el grupo control fueron los de tipo relacional esto puede relacionarse a que no se mostraron cambios significativos en el bienestar psicológico familiar y social de dicho grupo.

La literatura menciona que una de las características de los tratamientos efectivos es demostrar que su eficacia es mayor al no tratamiento o al efecto placebo, lo cual fue posible comprobar en la presente investigación ya que los cambios que se evaluaron a través de la escala de bienestar psicológico de ambos grupos demuestran que hubieron mayores y mejores avances en quienes recibieron terapia.

Los cambios encontrados se deben al modelo de intervención como a otros aspectos relacionados a las técnicas aplicadas por los terapeutas, así como la modalidad de la terapia breve ya que como se encontró en los datos los cambios que se presentaron en los pacientes del grupo experimental se dieron luego de unas pocas sesiones de intervención.

Como se reporta en otras investigaciones son muchas las variables que pueden estar relacionadas con el cambio que se da en los pacientes que asisten a terapia bajo determinados modelos, es por ello que deben estudiarse con mayor profundidad para determinar cuáles están directamente relacionados a ellos y así poder intervenir de una manera más efectiva

Actualmente existe una gran cantidad de trastornos y problemáticas de tipo psicológico que requieren de una mayor preparación por parte de sus especialistas para dar una mejor respuesta y mejoras a los problemas del paciente, para lo que se requiere de terapias efectivas que sean capaces de darles solución, esto aunado al estilo de vida acelerado que se tiene. Los pacientes que acuden a terapia requieren

de terapias que logren ser efectivas en periodos cortos de tiempo que les permitan solucionar sus problemas de una mejor manera ya que además de que se necesita que estos cambios sean funcionales en su vida cotidiana se requiere que éstos se mantengan después de concluir la terapia. En relación con esto los resultados de este trabajo son importantes no solo para el enfoque sistémico sino para el campo de la psicología clínica en general, puesto que nos lleva a evaluar los métodos de hacer terapia para comprobar si éstos tienen un impacto efectivo en los pacientes, además de que proporcionan una retroalimentación para quienes realizan este tipo de intervención de terapia breve sistémica.

Luego de la realización de este proyecto se espera que haya una continuación o alguna réplica al respecto, que permita continuar con la investigación tanto de resultados como de procesos, para lo cual se recomienda a futuros lectores abordar este tema e futuras investigaciones tomando en cuenta aspectos como el tipo de terapia, la preparación de los terapeutas que la llevan a cabo, las variables externas relacionadas con el proceso terapéutico del paciente, las variables relacionadas con el paciente y sus entorno, la duración de la terapia y sobre todo la comparación de modelos que hayan demostrado su efectividad, ya que este contraste podría arrojar datos más precisos acerca de los modelos y sus técnicas aplicadas a determinados problemas y así poder modificarlas si fuera necesario, ya que como lo han mencionado algunos autores existen diversas formas de hacer terapia, una es aquella en la que el paciente debe ajustarse al modelo de intervención siguiendo los pasos de las técnicas determinadas dentro del mismo, por otro lado existen aquellos que modifican sus técnicas y se ajustan a las necesidades del pacientes conforme se da un avance en el proceso terapéutico.

De igual forma es importante para futuras investigaciones abordar cómo puede lograrse que los pacientes se apeguen al tratamiento psicológico sin interrupciones así como algunas otras variables o consideraciones que puedan estar relacionadas con los cambios que ocurren en los pacientes tanto dentro como fuera de la terapia.

Debido a todo lo anteriormente expuesto considero importante el seguimiento y la continuación de este tipo de investigación que pueden dar grandes aportaciones a la psicología clínica y ayudarla a cumplir con el objetivo de proporcionar herramientas a los pacientes que les permitan realizar cambios en aquellos aspectos que no son funcionales en su vida, para lo cual se requiere de un compromiso mayor por parte de los terapeutas que practican la psicología clínica para así poder ofrecer resultados concretos y efectivos a sus consultantes.

BIBLIOGRAFÍA

Alcázar, O. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud mental*. 30(5), 55-62.

Ávila, A. (1990). La investigación del proceso, alternativa a la integración de los diferentes enfoques teóricos y técnicos en psicoterapia. *Clínica y Salud*. 1 (1), 67-84.

Bados, L., Eugeni, G. y Fuste, E. (2002). Eficacia y utilidad de clínica de la terapia psicológica. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2 (3), 477-502.

Bados, L. y García. G. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Becoña, E., Vázquez M., Miguez, M., Casele, L., Lloves M., Nogueras L., González, V., Lage M., Suárez, S., Gutiérrez, M., Lorenzo, M., Baamonde, M., (2004). *Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica*. A fondo, 87, pp. 9-19.

Beyebach M., Rodríguez S., Arribas J., Herrero de Vega M., Hernández C. y Rodríguez A. et al. (1997). Un estudio de sobre el proceso y el resultado de la terapia breve sistémica. Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca. III Congreso Europeo de Terapia Familiar. Barcelona.

Beyebach, M. (2013). La terapia breve centrada en soluciones. En (Alicia Moreno, ed.), "Modelos de Terapia Familiar". Universidad Pontificia de Comillas.

Biscotti, O. (2006). *¿Qué es la terapia sistémica?*. Instituto Sistémico de Buenos Aires. Disponible en:
<http://www.isdeba.com/www/Isdeba/articuloqueeslaterapia.htm>.

Botella, L. y Vilaregut. (2005). La perspectiva sistémica en terapia familiar: conceptos básicos, investigación y evolución. Facultad de Psicología y ciencias de la educación. Universidad Ramón Llull.

Cano, B. (2002). La investigación de procesos en psicoterapia: relevancia y estado actual.

Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 46.

Castro, S. (2007) ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? Seminario de doctorado en psicología. Fundamento y eficacia de la psicoterapia. Universidad de Santa Catarina Brasil.

Chambless y Hollon (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66 (1), 7-18.

Corbella, S. y Botella, L. (2004). Investigación en psicoterapia proceso y resultado y factores comunes. Ed. Visión de libros. Madrid España.

Corbella. S y Botella. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*. 101.

Díaz, O. (2012). La investigación en terapia familiar. *En-claves del pensamiento* 11(6), 163-196.

Echeburúa, E. (2008). Retos de futuro de la psicología clínica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 209-207.

Echeburúa, E., De Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 15(2), 85-99.

Espina y Cáceres (1999). Una psicoterapia breve centrada en soluciones. *Revista asociación española de neuropsiquiatría*. 19 (69), 23-38.

Froján, P., Montañó, F. y Calero, E. (2006). Porque la gente cambia en terapia. *Psicothema* 18 (4), 797-803.

García, L. y Rodríguez, R. Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*. 96(25), 29-36.

García, H. y Fantin, M. (2010). Percepción de la eficacia de la psicoterapia en Argentina. *Revista puertorriqueña de psicología*. 21, 155-169.

Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en terapia cognitiva. *Revista de Asociación de psicoterapia de la República de Argentina*. 3(1), 1-21.

Greenberg, L.S. y Pinsof, W. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.

Hernández, J., Acosta, F. y Pereira, J. (2009). La adherencia en psicoterapia. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*. 9 (1), 1-105.

Hewitt, R., Gantiva, D. (2009). La terapia breve una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2009 27(1).

Labrador, E., Vallejo, M., Matellanes, M, Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández, J. (2002). La eficacia de los tratamientos psicologicos. Documento de la sociedad Española para el avance de la psicología clínica y de la salud. Siglo XXI, 1-15.

Lodoño, C., Valencia, S. (2005). La investigación en el proceso de soporte empírico de las terapias: alcances y limitaciones. *Acta Colombiana de psicología*. 13, 163-181.

Madanes, C. *Terapia familiar estratégica*, Amorrortu, Buenos Aires, 1993.

Moncada, H., y Kuhne, W. (2003). Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos. *Terapia psicológica*. 21 (2), 193-201.

Montalvo R. J. (2009) *Terapia Familiar Breve*. México: Trillas.

Moreno M., Rozo S., Cantor N. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 6(2), 23-34. Universidad de San Buenaventura Bogotá.

Muñiz, T. (2004). Informe sobre la evaluación de resultados del modelo de terapia familiar breve en el ámbito privado. *Papeles del psicólogo*. 25(87), 29-33.

Mustaca, A. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista latinoamericana de psicología*, 36 (1). 11-21.

Peña.C., Vieito, M. y Muñiz, T. (2011). Evaluación de resultados de una muestra clínica. *Papeles del Psicólogo*. 25, 87. Madrid. 25-30.

Ramírez, H. y Gantiva, D. (2009). La terapia breve una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología latinoamericana*. 27 (1), 265-175.

Rodríguez, M. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia alternativas a los tratamientos empíricamente validados. Universidad de Málaga. 87 (1).

Rodríguez, A. et al, (2010). Estudio de evaluación de resultados en terapia familiar breve. XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Badajoz.

Romero, A. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de psicología*, 24(1), 88-99

Rondón, A.P., Otálora, I.L., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.

Sánchez, J., Alcázar, A. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo conductuales en problemas clínicos y de la salud: meta análisis de la literatura Española, *Psicothema*, 3 (11), 641-654.

Santibáñez, et al. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Red de revistas científicas de América latina, el Caribe España y Portugal*. 26 (1), 90-98.

Santibáñez, F., Román, M. y Vinet, V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*. 26(2), 267-287.

Slive y Monte Bobele, (2013). Cuando solo tienes una hora. *Terapia efectiva para clientes de atención inmediata*. Editorial Paidós. 5-335.

Valdespino, C. (2015). *Evaluación de la influencia de los factores inespecíficos en el resultado de la terapia cognitivo conductual según la percepción de terapeutas y pacientes de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI)*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM. Estado de México, México.

Vega, L., Musi, W. y Alamada, V. (2013). Efectividad de tres encuadres de terapia breve sistémica para mejorar el nivel de satisfacción familiar. *Psicología clínica y psicoterapia*. 8.

Vidales, I. *Libro psicología general* (2007). Editorial Limusa Noriega editores 15-238.

Watzlawick, P.(1997). Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad. Paidós 1ª ed.

Winkler,Cáceres, Fernández y Sanhueza, (1989). Factores inespecíficos de la terapia. Psicología clínica y psicoterapia.

ANEXOS

Guía de entrevista para el paciente

Datos sociodemográficos

Nombre del paciente:

Edad:

Ocupación

Escolaridad:

religión:

Estado civil:

Tipo de familia: extensa, reconstituida, nuclear, parental, monoparental

Cuándo lleno la solicitud de la clínica de la Fes Iztacala, ¿cuál era el motivo por el que pidió la terapia psicológica?

Desde (fecha de inscripción), hasta ahora ha pedido terapia en algún otro lugar?
(considerando más de un mes)

Cuando usted pidió la ayuda como como evaluaba su bienestar psicológico individual con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente_____

Antes de llegar a terapia cómo evaluabas tu bienestar psicológico familiar con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente_____

Antes de llegar a terapia cómo evaluabas tu bienestar psicológico social (otras relaciones, laboral, escolar etc.) Con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente_____

En el tiempo que lleva sin terapia ubicándonos a un mes de haber solicitado la ayuda ¿su motivo de consulta se ha modificado positivamente, negativamente, sigue igual o desapareció?

¿En cuanto al tiempo que ha pasado desde que solicitaste el servicio, tu motivo de consulta se ha modificó positivamente, negativamente, sigue igual o desapareció?_____

Evaluar el bienestar psicológico individual ahora_____

Evaluar el bienestar psicológico familiar ahora_____

Evaluar el bienestar psicológico social ahora_____

¿Desde qué solicito el servicio hasta ahora ha notado cambios y cuáles?