

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
GRADO EN PSICOLOGÍA



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

Análisis de resultados de la aplicación de Terapia Breve Sistémica
a estudiantes de la Universidad de Salamanca: Medida de
seguimiento.

Autora: Sandra Hernández Segurado

Tutor: José Navarro Góngora

Fecha de presentación: 7 de julio de 2015

ÍNDICE

<i>DECLARACIÓN DE AUTORÍA</i>	<i>I</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>II</i>
<i>I. INTRODUCCIÓN</i>	<i>1</i>
JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	1
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	1
OBJETIVOS	6
<i>II. METODOLOGÍA</i>	<i>7</i>
PARTICIPANTES	7
MATERIALES	10
PROCEDIMIENTO	10
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	15
<i>III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</i>	<i>16</i>
CAMBIO PERCIBIDO POR LOS PACIENTES	16
CAUSAS DE FIN DE LA TERAPIA EN “ALTAS VOLUNTARIAS Y ABANDONOS”	18
RESPUESTAS POR ÍTEM EN LA MUESTRA TOTAL	19
<i>IV. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.</i>	<i>25</i>
LIMITACIONES	27
<i>V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>28</i>
<i>VI. ANEXOS</i>	<i>29</i>
ANEXO I: Cuestionario utilizado para realizar el seguimiento	29

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Principios de la Terapia Breve _____	3
Tabla 2: Diferencias básicas entre funciones de terapeutas de diversas orientaciones. _____	4
Tabla 3. Investigaciones de resultados en Terapia Breve _____	5
Tabla 4. Características sociodemográficas cuantitativas de la muestra por grupos: variable edad _____	7
Tabla 5. Características sociodemográficas cuantitativas de la muestra por grupos: variable número de sesiones y duración del tratamiento en días _____	7
Tabla 6. Características sociodemográficas cualitativas de la muestra por grupos _____	8
Tabla 7. Características sociodemográficas cuantitativas de la muestra total de pacientes _____	9
Tabla 8. Características sociodemográficas cualitativas de la muestra total de pacientes _____	9
Tabla 9. Moda y porcentaje de respuestas dadas a cada ítem con escala tipo Likert del cuestionario en la muestra total _____	19
Tabla 10. Porcentaje de contestaciones a los ítems con respuesta sí/no y con varias opciones de respuesta del cuestionario en la muestra total _____	20

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de éxitos y fracasos en la terapia. Grupo “Altas voluntarias y abandonos”	16
Figura 2. Porcentaje de éxitos y fracasos en la terapia. Grupo “Altas”	16
Figura 3. Porcentaje de éxitos y fracasos en la terapia. Grupo “Altas administrativas”	16
Figura 4. Porcentaje de éxitos y fracasos en la terapia. Muestra total	17
Figura 5. Porcentaje de generalización del cambio. Grupo “Altas voluntarias y abandonos”	17
Figura 6. Porcentaje de generalización del cambio. Grupo “Altas”	17
Figura 7. Porcentaje de generalización del cambio. Grupo “Altas administrativas”	17
Figura 8. Porcentaje de generalización del cambio. Muestra total	18
Figura 9. Porcentaje de causas de finalización de la terapia: grupo “Altas voluntarias y abandonos”	18
Figura 10. Porcentaje de las respuestas de los pacientes al Ítem 1 del cuestionario: ¿Cuáles eran sus objetivos respecto a la terapia?	21
Figura 11. Porcentaje de las respuestas de los pacientes al Ítem 3 del cuestionario: ¿Qué aprendió durante el tratamiento?	22
Figura 12. Porcentaje de las respuestas de los pacientes al Ítem 13 del cuestionario: ¿Tiene alguna sugerencia o comentario sobre la forma de trabajo de la Unidad?	22
Figura 13. Porcentaje de las respuestas de los pacientes al ítem 14 del cuestionario: ¿Qué elementos o contenidos de las sesiones considera que fueron más útiles o más positivos para la solución de sus dificultades?	23
Figura 14. Porcentaje de las respuestas de los pacientes al ítem 15 del cuestionario: ¿Qué elementos o contenidos de las sesiones considera que fueron menos útiles o más negativos para la solución de sus dificultades?	24

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo “Análisis de resultados de la aplicación de Terapia Breve Sistémica a estudiantes de la Universidad de Salamanca: Medida de seguimiento” para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2014/2015 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

RESUMEN

La Terapia Breve ha demostrado su efectividad en el tratamiento de numerosos problemas psicológicos y relacionados con la salud mental. Caracterizada por una duración media de 20 sesiones, el modelo de Terapia Breve de este trabajo incluye: Terapia Estratégica centrada en los Problemas, Terapia Centrada en las Soluciones y técnicas narrativas, hipnóticas y de Psicología Positiva.

En esta investigación, mediante un cuestionario telefónico de seguimiento, se analizan los resultados de la aplicación de Terapia Breve Sistémica a 68 estudiantes de la Universidad de Salamanca tratados en la Unidad de Atención Psicológica y de Salud Mental para el Universitario y divididos en tres grupos según el tipo de finalización de la terapia. Se pretenden conocer, para la muestra total y por grupos: el cambio percibido, la generalización del cambio y las causas de finalización de la terapia de los integrantes del grupo “Altas voluntarias y abandonos”, además de analizar las respuestas a cada ítem.

Los resultados, que podrían considerarse congruentes con los obtenidos en estudios previos, muestran que un 57.35% de la muestra total cumple criterios de éxito y un 66.18% experimenta generalización.

Un 55.17% de los pacientes del grupo “Altas voluntarias y abandonos” decide finalizar el tratamiento por mejoría. En las respuestas a los ítems con escala tipo Likert se obtiene una moda superior a 3 en todos los casos. Un 60.3% de los pacientes resolvió su problema parcialmente, un 20.6% totalmente y un 86.8% no siguió otra terapia posterior. Un 67.65% de los pacientes no sugiere cambios en el funcionamiento de la Unidad, un 27.94% considera al terapeuta lo más positivo del tratamiento y un 48.53% no percibió nada negativo en la terapia.

Palabras clave: Terapia Breve, resultados, éxito, cambio, generalización.

I. INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El objeto de esta investigación de tipo pasivo-observacional es evaluar los resultados que se generan de la aplicación de un modelo de Terapia Sistémica Breve a usuarios de la Unidad de Atención Psicológica y Salud Mental para el Universitario (UAPSMU), todos estudiantes de la Universidad de Salamanca. La muestra está dividida en tres grupos: “Altas voluntarias y abandonos”, “Altas” y “Altas administrativas”.

Se pretenden calcular las tasas de éxito, fracaso y generalización del cambio en la muestra clínica estudiada y obtener evidencia acumulable con datos de estudios previos, si resultan coherentes con los mismos, que servirá para proporcionar más apoyo a la práctica de la Terapia Breve y a la generalización del cambio tanto en el ámbito público como en el privado. Se busca, además, conocer las frecuencias de las causas de finalización de la terapia dentro del grupo “Altas voluntarias y abandonos” y describir las respuestas por ítem para la muestra total (ítems con escala tipo Likert, tres opciones de respuesta, respuesta sí/no y respuesta abierta) para obtener información detallada de los resultados de la terapia en aspectos concretos como: resolución del problema, terapia posterior, comprensión y ayuda del terapeuta, valoración global del tratamiento, elementos más y menos útiles de la terapia, sugerencias y comentarios... Esta información servirá para el trabajo de los terapeutas de la Unidad, siempre en beneficio de la satisfacción y salud mental del paciente.

El trabajo se lleva a cabo en consonancia con los intereses de los psicólogos clínicos: con pacientes auténticos y en un contexto de terapia real, a diferencia de los tradicionales estudios de laboratorio. Éstos tienen un carácter muy controlado pero alejado de la experiencia cotidiana de los terapeutas.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Según la Alianza Española de Terapia Sistémica Breve esta orientación se encuentra, desde el punto de vista histórico, entre dos tradiciones: la sistémica, que analiza los fenómenos en su contexto relacional; y la de la Terapia Breve inspirada en Milton Erickson, cuya apuesta clínica consiste en utilizar los recursos del paciente a fin de

provocar el cambio. Desde el punto de vista terapéutico, el modelo que se analiza en el presente trabajo integra:

Terapia del MRI de Palo Alto: enfoque de Terapia Breve creado en 1968 en el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto. Se caracteriza por intervenir sobre las respuestas que los pacientes desarrollan para solucionar la situación sintomática y han resultado inútiles, en lugar de investigar el origen de los problemas. (Ochoa, 1995). Se defiende que “cualquier problema es potencialmente soluble si se evita la solución que le ha permitido perdurar” (Fisch, Weakland & Segal, 1984, pp. 310). Las metas y estrategias terapéuticas utilizadas son: definición operativa de objetivos, elección de un cambio mínimo, creación de una estrategia apartada 180° de la solución intentada, utilización de la postura del cliente para que lleve a cabo la intervención y posición de inferioridad del terapeuta. Las técnicas utilizadas para alcanzar dichas metas son: redefiniciones, tareas directas, tareas paradójicas, intervenciones metafóricas, “pacto con el diablo” y técnicas hipnóticas (Ochoa, 1995).

Terapia Centrada en las Soluciones: este tipo de terapia nace en 1978 en el Brief Therapy Center (BFTC) de Milwaukee (Reyes Martos, 2008). Se evalúa favoreciendo las condiciones que facilitan el cambio y se emplea poco tiempo en conocer los síntomas: se pone énfasis en hallar excepciones, es decir, situaciones en que la conducta problemática no aparece. Las metas y estrategias terapéuticas utilizadas son: ampliar soluciones eficaces, definir metas operativamente, descubrir indicios que permitan reconocer logros, iniciar la solución mediante el cambio mínimo, generar información sobre los recursos de la persona mediante preguntas, encauzar el lenguaje del cliente hacia el cambio y preguntar induciendo al cambio. Las técnicas de intervención usadas para alcanzar dichas metas son: redefiniciones, connotaciones positivas, metáforas, tareas directas, ordalías, tareas paradójicas, rituales, intervenciones sobre la secuencia sintomática y sobre el patrón del contexto y tareas de fórmula (Ochoa, 1995).

Técnicas narrativas: tratan de transformar las historias saturadas de problemas que prevalecen en los pacientes “volviendo a contar” sus experiencias y vivencias. Para conseguirlo, terapeuta y paciente externalizan la descripción saturada de problemas, identifican acontecimientos extraordinarios, atribuyen significados a éstos y recluyen un público externo para que colabore en la escritura de nuevos significados. Todas pueden llevarse a cabo de forma oral o escrita (White & Epston, 1990).

Procedimientos hipnóticos: los principios de la forma de trabajar de Milton Erickson son: modificación de las producciones del paciente, control de la situación y utilización de este control para que se dé el cambio de acuerdo a los deseos del paciente (De Shazer, 1996). La influencia de la hipnoterapia en la Terapia Breve recae sobre el uso de la postura de los pacientes ante el problema y sus técnicas hipnóticas pueden formar parte de las intervenciones metafóricas utilizadas en la terapia. Se usan para diseminar un mensaje relacionado con el problema en un discurso neutro (Ochoa, 1995).

En definitiva, los principios de la Terapia Breve podrían resumirse de la siguiente manera, como postulan Cade y O’Hanlon (1995):

Tabla 1: Principios de la Terapia Breve.

ASUNCIONES	ACCIONES A LLEVAR A CABO EN LA TERAPIA	HABILIDADES DEL TERAPEUTA
Evitación de una teoría elaborada de la personalidad o la disfunción.		
Los resultados se determinan en el nivel psicológico.		
Interés por los fenómenos observables.	Atender a los fenómenos observables.	
La transición en las etapas vitales tiene una importancia crucial.	Atender a las etapas vitales.	
Cada persona atribuye sus significados a los hechos. Las personas tienen “mapas mentales” que gobiernan su experiencia: si se puede cambiar la manera de ver el mundo, se pueden cambiar las consecuencias experienciales y conductuales.	Romper pautas de pensamiento que se repiten, para así hacer posible el cambio.	Comunicar mediante analogías: parábolas, relatos, cuentos humorísticos, anécdotas...
Los recursos que el cliente necesita están en su propia historia personal.	Hallar las excepciones: situaciones en las que la conducta problema no aparece.	Generar información sobre los recursos de la persona mediante preguntas.
Las creencias del cliente relacionadas con el mantenimiento de las dificultades dan lugar a conductas que se auto-refuerzan y secuencias repetitivas de comportamiento, llamadas soluciones intentadas. Las secuencias repetitivas constituyen un nivel de explicación suficiente del mantenimiento del problema.	Explorar las pautas de acción e identificar las secuencias conductuales repetitivas para detenerlas o invertirlas, por lógicas que éstas parezcan, facilitando al máximo la resolución rápida de problemas.	
	Cambiar las posiciones del terapeuta que refuercen el mantenimiento de las dificultades.	
	Modificar la relación del cliente con los sistemas globales: familia, vecindario o profesión.	

Una vez bloqueado el circuito de retroalimentación de soluciones intentadas que no funcionan, se tendrá acceso a más conductas.	Concentrarse en tareas o directivas entre sesiones.	Buscar el cambio respondiendo al modo en el que las personas abordan las directivas planteadas.
---	---	---

Para clarificar y como afirman Cade y O’Hanlon (1995), podría diferenciarse el trabajo de los terapeutas breves de la misión de terapeutas de otras orientaciones:

Tabla 2: Diferencias básicas entre funciones de terapeutas de diversas orientaciones.

TERAPIA BREVE	TERAPIA CONDUCTUAL	PSICOANÁLISIS
“Descubrir” pautas de pensamiento y de acción que se auto-refuerzan.	Encontrar posibles problemas de conducta.	“Descubrir” problemas intrapsíquicos.
ORIENTACIÓN BIOLÓGICA	TERAPIA ESTRATÉGICA	TERAPIA CONTEXTUAL
Encontrar pruebas de problemas neurológicos y químicos.	Explorar ambigüedades jerárquicas y coaliciones.	Buscar efectos de la injusticia y la explotación inter-generacional.

En los inicios, muchos terapeutas acudieron a tratamientos breves de forma privada. Cualquier resultado se consideraba un suceso fortuito, ya que sólo se consideraba tratamiento apropiado el trabajo prolongado cuyos objetivos eran reedificar al individuo o a la familia desde sus cimientos. Sin embargo, es importante realizar la siguiente aclaración: la Terapia Breve es una entidad en su propio derecho, no es terapia tradicional limitada en el tiempo para obtener efectos paliativos o temporales.

En cuanto a la duración del tratamiento breve, la investigación clínica es consistente al considerar un contacto de 25 sesiones como límite. El terapeuta debe informar al paciente de la existencia de estas limitaciones de tiempo por adelantado y se espera que las metas limitadas y focalizadas puedan ser alcanzadas en este período.

La mayoría de terapeutas reducen dichas metas a aquellas alcanzables: aminoramiento de síntomas más incapacitantes, restablecimiento de niveles previos de funcionamiento, desarrollo de algún grado de entendimiento del problema y aumento de habilidades de afrontamiento. Así, las sesiones se centran en contenidos concretos y en el “aquí y ahora”, para lo que se requieren terapeutas activos y directivos que mantengan el foco de las sesiones. Además, deben ser flexibles y capaces de obtener información para formular el trabajo durante las primeras sesiones, utilizando los recursos del paciente.

Los métodos de Terapia Breve han demostrado ser efectivos en tratar un amplio rango de problemas psicológicos y relacionados con la salud mental si las metas de tratamiento se alcanzan de forma razonable. Han mostrado generalmente los mismos ratios de éxito que programas de tratamiento más largos, aunque los resultados obtenidos no son siempre estables y no todos los pacientes se benefician de la Terapia Breve en el mismo grado. Así, el valor principal de la psicoterapia breve puede ser que ayuda a acelerar el cambio positivo en el paciente. Podría decirse entonces que da lugar a un ahorro del tiempo disponible y puede dar asistencia a más personas en necesidad de tratamiento.

La psicoterapia breve está hoy establecida como una elección de tratamiento efectiva para poblaciones específicas con problemas como relaciones interpersonales pobres, duelo, pérdida, depresión y estrés relacionado con el trabajo (Koss & Shiang, 1994)

Como afirman Rodríguez y Beyebach (1994), algunas investigaciones de resultados que se exponen a continuación pretenden respaldar la supuesta eficacia del modelo del que hablamos y la mayoría coincide en arrojar una tasa de mejoría entre el 70 y el 90% de los casos atendidos, con un número medio de sesiones entre 4 y 9:

Tabla 3. Investigaciones de resultados en Terapia Breve

Investigadores	Tipo de terapia	Media de sesiones y muestra	Resultados
Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974)	MRI	7.00 sesiones de media y 97 casos.	72% de casos de éxito o mejoría frente a 28% de fracasos.
De Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis (1986)	Terapia Centrada en Soluciones	6.00 sesiones de media y 1600 casos.	72% alcanzan sus objetivos o experimentan una mejoría significativa.
Fontecilla G., Ramos M. & Rodríguez-Arias J.L. (1993)	Terapia Familiar Breve	5.00 sesiones de media y 271 casos.	11% de abandonos. De los que permanecen: 80% de éxitos, 16% de fracasos.

En estudios más actuales se mantienen los porcentajes de éxito antes señalados:

En un estudio de la evaluación de resultados de la aplicación de Terapia Familiar Breve -785 casos y media de sesiones de 4.3- se obtuvo una tasa de abandonos del 18% y de éxitos del 77%. (Rodríguez-Arias, Otero, Venero, Ciordia & Vázquez, 2004).

En un informe sobre una evaluación de resultados del modelo de Terapia Breve en el ámbito privado -65 casos y media de sesiones de 5.1-, el 20% de pacientes abandonó la terapia. De los que permanecieron, el 78'9% cumplió criterios de éxito. (Muñiz, 2004).

La generalización, por su parte, hace referencia a la capacidad del paciente tras la terapia de solucionar otros problemas diferentes al principal como consecuencia de la adquisición de estrategias de afrontamiento funcionales o puesta en marcha de las ya existentes en su repertorio. Peña, Vieito y Muñiz (2011) llevaron a cabo un estudio sobre la evaluación de resultados en una muestra clínica de 50 pacientes: el 76% de ellos fue localizado para realizar el seguimiento y el 68% de los pacientes localizados informó de haber experimentado generalización.

Los expuestos previamente son estudios post-tratamiento, sin grupo de control y su medida de resultados es subjetiva, clínicamente coherente pero discutible metodológicamente (Rodríguez & Beyebach, 1994). Poseen características comunes con el presente y pueden unirse a los resultados del mismo para aportar evidencia de la eficacia de la Terapia Sistémica Breve.

OBJETIVOS

En esta investigación, en la que se utiliza un cuestionario cumplimentado telefónicamente por los clientes de la Unidad de Atención Psicológica y Salud Mental para el Universitario (UAPSMU), se pretende:

- Obtener los porcentajes de cambio percibido por los clientes a partir de criterios específicos para establecer en éxito o fracaso en cada uno de los tres grupos: “Altas”, “Altas voluntarias y abandonos” y “Altas administrativas”.
- Calcular porcentajes sobre la generalización de conductas de cambio en cada grupo.
- Calcular porcentajes sobre el cambio percibido por los clientes a través de los criterios de éxito o fracaso establecidos y sobre la generalización de conductas de cambio, esta vez en la muestra por entero.
- Obtener información sobre los motivos de finalización de la terapia en el grupo “Altas voluntarias y abandonos” para determinar la causa más frecuente de la misma.
- Calcular, en la muestra total, las frecuencias de las respuestas dadas a cada ítem del cuestionario.

II. METODOLOGÍA

PARTICIPANTES

La muestra consta de 68 estudiantes de la Universidad de Salamanca de entre 18 y 40 años que recibieron asistencia Sistémica Breve en la Unidad de Atención Psicológica y Salud Mental para el Universitario y que cumplen el siguiente requisito temporal: transcurso de un intervalo entre 6 y 36 meses desde el fin de la terapia –última sesión– hasta la llamada de seguimiento. Inicialmente los cuestionarios telefónicos fueron cumplimentados también por Personal Docente e Investigador. Al obtener un número muy reducido de sujetos (2), se les excluyó para facilitar la generalización a estudiantes de la Universidad de Salamanca. El rechazo del diagnóstico tradicional del enfoque no permite describir la muestra por trastorno psiquiátrico, y se considera más adecuada la división en grupos según la variable “Tipo de finalización de la terapia” que según “Motivo de consulta”, por contar la primera con categorías más fijas y mejor definidas. Así, la muestra se dividió en tres grupos en función del tipo de finalización de la terapia:

- Altas voluntarias y abandonos: 30 sujetos que finalizan la terapia por decisión propia.
- Altas: 28 pacientes que finalizan la terapia por decisión conjunta paciente-terapeuta.
- Altas administrativas: 10 sujetos obligados a abandonar el tratamiento por desplazamiento a otro país o localidad.

La información para describir las características sociodemográficas de la muestra se obtuvo de las bases de datos de la UAPSMU de la forma que se especifica en “Procedimiento”. Dichas características se exponen en las tablas 4, 5, 6, 7 y 8:

Tabla 4. Características sociodemográficas cuantitativas de la muestra por grupos: variable edad.

	Altas voluntarias y abandonos		Altas		Altas administrativas	
N	30		28		10	
Variable	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Edad	22.30	2.81	23.82	4.88	22.50	3.14

Tabla 5. Características sociodemográficas cuantitativas de la muestra por grupos: variable número de sesiones y duración del tratamiento en días.

	Altas voluntarias y abandonos				Altas				Altas administrativas			
N	30				28				10			
Variable	Me	P25	P75	RI	Me	P25	P75	RI	Me	P25	P75	RI
Sesiones	3.50	2.25	5.75	3.5	7.00	4.50	9.25	4.75	4.00	3.00	5.00	2.00

Duración terapia	75.0	42.0	163.3	121.3	177.0	104.0	239.3	135.3	46.5	34.0	197.8	163.8
-------------------------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------	-------	-------

Tabla 6. Características sociodemográficas cualitativas de la muestra por grupos.

Variable		Altas voluntarias y abandonos		Altas		Altas administrativas	
		N	%	N	%	N	%
Género	Femenino	22	73.3	20	71.4	9	90.0
	Masculino	8	26.7	8	28.6	1	10.0
Nacionalidad	Española	29	96.7	26	92.2	10	100.0
	Argentina	0	0.0	1	3.6	0	0.0
	Búlgara	1	3.3	0	0.0	0	0.0
	Mejicana	0	0.0	1	3.6	0	0.0
Estado civil	Soltero	30	100.0	27	96.4	9	90.0
	Casado	0	0.0	1	3.6	1	10.0
Persona que deriva	Conocidos	14	46.7	10	35.7	4	40.0
	Familia	0	0.0	3	10.7	0	0.0
	Información USAL	11	36.7	9	32.1	4	40.0
	Médico	1	3.3	1	3.6	0	0.0
	Prensa	1	3.3	4	14.3	1	10.0
	No consta	3	10.0	1	3.6	1	10.0
Contacto	Por correo electrónico	8	26.7	5	17.9	3	30.0
	Personal	6	20.0	14	50.0	1	10.0
	Telefónico	15	50.0	9	32.1	5	50.0
	No consta	1	3.3	0	0.0	1	10.0
Terapeuta	Gemma	14	46.7	11	39.3	6	60.0
	Manuel	11	36.7	10	35.7	3	30.0
	Mayche	5	16.7	7	25.0	1	10.0
Tratamientos psicológicos previos	No	16	53.3	21	75.0	8	80.0
	Sí	14	46.7	7	25.0	2	20.0
Medicación	No	28	93.3	26	92.9	10	100.0
	Sí	2	6.7	2	7.1	0	0.0
Motivo de consulta	Ansiedad	9	30	6	21.4	6	60.0
	Inseguridad/autoestima	4	13.3	4	14.3	0	0.0
	Estado de ánimo	7	23.3	6	21.4	1	10.0
	Problemas familiares	1	3.3	5	17.9	1	10.0
	Problemas de relación	2	6.7	3	10.7	0	0.0

	Otros	7	23.3	4	14.3	2	20.0
Altas voluntarias y abandonos: N=30, altas: N=28, altas administrativas: N=10.							

Tabla 7. Características sociodemográficas cuantitativas de la muestra total de pacientes.

Variable	N	Media	DT	Me	P25%	P75%	RI
Edad	68	22.96	3.85				
Número de sesiones	68			5.00	3.00	8.00	5
Duración del tratamiento en días	68			123.00	42.00	209.03	167.03

Tabla 8. Características sociodemográficas cualitativas de la muestra total de pacientes.

Variable	N	%	
Género	Femenino	51	75.0
	Masculino	17	25.0
Nacionalidad	Española	65	95.6
	Argentina	1	1.5
	Búlgara	1	1.5
	Mejicana	1	1.5
Estado civil	Soltero	66	97.1
	Casado	2	2.9
Persona que deriva	Conocidos	28	41.2
	Familia	3	4.4
	Información de la USAL	24	35.3
	Médico	2	2.9
	Prensa	6	8.8
	No consta	5	7.4
Contacto	Por correo electrónico	16	23.5
	Personal	21	30.9
	Telefónico	29	42.6
	No consta	2	2.9
Terapeuta	Gemma	31	45.6
	Manuel	24	35.3
	Mayche	13	19.1
Tratamientos psicológicos previos	No	45	66.2
	Sí	23	33.8
Medicación	No	64	94.1
	Sí	4	5.9
Motivo de consulta	Ansiedad	21	30.9
	Inseguridad/autoestima	8	11.8
	Estado de ánimo	14	20.6

	Problemas familiares	7	10.3
	Problemas de relación	5	7.4
	Otros	13	19.1
N=68			

MATERIALES

Se utilizó un cuestionario de seguimiento para que los pacientes lo cumplimentaran telefónicamente. Éste queda ajuntado en los Anexos. Se utiliza para realizar seguimientos en la UAPSMU, fue proporcionado por los terapeutas de la misma al iniciar la investigación y constituye un método de evaluación subjetiva cuyo fin es estimar el cambio percibido, es decir: si los cambios de conducta, en el caso de existir, han dado lugar a diferencias en cómo el cliente se ve a sí mismo o sí misma.

Se añadió al material un ítem, tomando como modelo otras investigaciones de resultados en Terapia Breve previas. Más concretamente, el número 11: ¿Ha seguido otra Terapia desde la terminación del tratamiento en la Unidad? (Weakland et al., 1974). Se incluyó por considerarse indispensable para poder afirmar que la terapia ha tenido éxito: la ausencia de necesidad de terapia posterior es un importante indicador de desaparición o mejora del problema.

PROCEDIMIENTO

Los seguimientos fueron realizados a los pacientes vía telefónica los días lectivos desde el 5 de marzo hasta el 17 de abril. La presentación realizada por la alumna antes de comenzar el cuestionario de seguimiento se expone a continuación:

“Buenos días. Soy una alumna de la Universidad de Salamanca, llamo en representación de la Unidad de Atención Psicológica de dicha Universidad. Estamos realizando un estudio sobre la eficacia de la terapia que usted recibió y nos sería de gran ayuda que respondiera a unas preguntas. No le llevará más de 5 minutos y se lo agradeceríamos mucho. Por supuesto, sus respuestas serán confidenciales, ya que los datos aportados aparecerán en el estudio de una forma totalmente anónima. Si no entiende algo, no dude en preguntarlo”.

A continuación, si la persona respondía al cuestionario, se consultaban sus datos personales en las bases de datos de la Unidad de Atención Psicológica – con el previo

consentimiento de la misma- para su posterior descripción. Los datos recogidos fueron los siguientes:

- Edad
- Género
- Nacionalidad
- Estado civil
- Ocupación
- Número de sesiones
- Duración del tratamiento en días: contacto paciente-terapeuta desde la primera hasta la última sesión.
- Persona que deriva: forma de conocer que los servicios de la Unidad existen y están disponibles. Las posibilidades son: familia, médico, prensa, conocidos (compañeros de clase, de trabajo, etc.), información de la USAL (jornadas de puertas abiertas, página web de la USAL, información de la agenda, recomendaciones de profesores...)
- Contacto: hace referencia a la forma en la que la persona se ha comunicado con la Secretaría de la Unidad para iniciar el tratamiento. Las posibilidades son: por correo electrónico, por teléfono o de forma presencial en la secretaría de la Unidad.
- Terapeuta: hace referencia al profesional que atendió al paciente, de entre los tres que proporcionan sus servicios en la Unidad.
- Tratamientos psicológicos previos.
- Medicación: hace referencia a los psicofármacos que el paciente pueda estar tomando al iniciar la terapia.
- Motivo de consulta: las posibilidades son: ansiedad, autoestima e inseguridad, estado de ánimo, problemas familiares, problemas de relación y otros.

La muestra se seleccionó por semanas, para que el intervalo de 6 a 36 meses desde el fin de la terapia hasta la llamada del seguimiento coincidiera exactamente con las fechas en las que se efectuaban las llamadas telefónicas. Al inicio de cada semana se seleccionaban con Excel todos los casos de cada grupo que hubieran comenzado y finalizado en las fechas fijadas y, para que la investigadora no tuviera ningún tipo de influencia sobre la elección, se utilizaba una página web para elegir aleatoriamente los sujetos a los que se iba a telefonar (<http://www.alazar.info/generador-de-sorteos>).

Si el sujeto pertenecía a la muestra perdida (no respondía al cuestionario), se volvía a realizar el sorteo y así sucesivamente, hasta que el investigador finalizaba la jornada de seguimientos. Los sujetos que sí respondían al cuestionario no eran incluidos en el sorteo siguiente (en el caso de cumplir los requisitos de fecha). Los sujetos que solicitaban realizar el seguimiento en otra ocasión eran registrados para volver a telefonarlos y no se les incluía en el siguiente sorteo (si cumplían requisitos de fecha). Los sujetos que cumplían los requisitos de tiempo pero ya habían realizado el seguimiento también fueron incluidos en el estudio. Se los telefoneó uno a uno para que todos los seguimientos de la investigación se hubieran realizado en el mismo intervalo de tiempo: para cada paciente, se comprobaba en los archivos de la Unidad si su seguimiento ya estaba realizado y, si era así, se adaptaba la presentación solicitando una vez más la cumplimentación del cuestionario para la investigación.

Para tratar de igualar los tres grupos pertenecientes a la muestra, se iban introduciendo los datos de cada grupo según las necesidades del investigador: por ejemplo, al final sólo eran necesarios sujetos pertenecientes al grupo “Altas” y sólo se incluyeron en el sorteo pacientes a los que se hubiera dado el Alta y pertenecientes al intervalo de 6 a 36 meses de la semana correspondiente (en este caso, del 6 al 10 y del 13 al 17 de abril).

Registro de llamadas telefónicas realizadas por semanas:

- Semana del 2 al 6 de marzo: pacientes que han finalizado la terapia entre 4-3-12 y 4-9-14 (55 altas voluntarias y abandonos, 131 altas y 20 altas administrativas cumplen el criterio temporal). Localizados: altas: 5. Perdidos: 4 sujetos que no cogen el teléfono.
- Semana del 9 al 13 de marzo: terapia finalizada entre 9-3-12 y 9-9-14 (57 altas voluntarias y abandonos, 131 altas y 20 altas administrativas cumplen el criterio temporal). Localizados: altas: 5 sujetos, uno de ellos eliminado posteriormente por criterio de exclusión PDI. Perdidos: 9 sujetos no cogen el teléfono.
- Semana del 16 al 20 de marzo: terapia finalizada entre 16-3-12 y 16-9-14 (56 altas voluntarias y abandonos, 130 altas y 20 altas administrativas cumplen el criterio temporal). Localizados: altas voluntarias y abandonos: 14. Altas: 1. Altas administrativas: 7. Perdidos: 11 sujetos no cogen el teléfono, salta el contestador de 4 en todos los intentos, 1 pide que llame más tarde y cuelga en los intentos posteriores, 1 cuelga al comunicarle desde dónde se le llama y 2 teléfonos no existen.
- Semana del 23 al 27 de marzo: terapia finalizada entre el 23-3-12 y el 23-9-14 (56 altas voluntarias y abandonos, 131 altas y 20 altas administrativas cumplen el criterio

temporal). Localizados: altas voluntarias y abandonos: 16. Altas: 4, uno de ellos eliminado posteriormente por criterio de exclusión PDI. Altas administrativas: 3. Perdidos: 1 tiene restringidas las llamadas, 1 cuelga al comunicarle desde dónde se le llama y 22 sujetos no cogen el teléfono.

- Semana del 30 de marzo al 3 de abril: semana no lectiva, no se realizaron llamadas.
- Semana del 6 al 10 de abril: terapia finalizada entre el 6-4-12 y el 6-10-14 (56 altas voluntarias y abandonos, 131 altas y 20 altas administrativas cumplen el criterio temporal). Localizados: altas: 5. Perdidos: 14 sujetos no cogen el teléfono.
- Semana del 13 al 17 de abril: pacientes que han finalizado la terapia entre el 13-4-12 y el 13-10-14 (56 altas voluntarias y abandonos, 135 altas y 20 altas administrativas cumplían el criterio temporal). Localizados: Altas: 8. Perdidos: 2 tienen las llamadas restringidas, el teléfono de 1 sujeto comunica todas los intentos, el teléfono de un 1 sujeto no corresponde a ningún cliente y 7 sujetos no cogen el teléfono.

Como se podrá apreciar si se observa el número de pacientes que cumplen los requisitos de tiempo, el número de altas es alto pero no lo es el número de altas voluntarias y abandonos ni de altas administrativas. Por la imposibilidad de igualar el tamaño de la muestra de cada grupo a un número mayor, se consideró incluir 30 sujetos en cada grupo para su posterior análisis. Por el criterio de exclusión de Personal Docente e Investigador, la muestra del grupo “Altas” cuenta con 28 sujetos. En cuanto a las altas administrativas, no fue posible localizar a la mitad de la muestra que cumplía los requisitos de tiempo, y sólo se obtuvo respuesta de 10 sujetos.

Para medir la variable éxito/fracaso en la muestra total y por grupos se consideran sujetos que han tenido éxito en la terapia aquellos que:

- a) Respondan al ítem 2 con una puntuación de 3 ó 4: En una escala del 0 al 4 (siendo 0 nada, 1 poco, 2 algo, 3 bastante y 4 mucho) ¿Cuál es el grado en que sus objetivos se cumplieron?
- b) Respondan al ítem 5 con una puntuación de 3 ó 4: En una escala del 0 al 4 (siendo 0 nada, 1 poco, 2 algo, 3 bastante y 4 mucho) ¿Cuál es el grado de utilidad que tuvo lo que aprendió en terapia para la resolución de su problema?
- c) Elijan como respuesta Totalmente o Parcialmente en el ítem 7: en cuanto al problema por el que consultó, se resolvió: totalmente/parcialmente/empeoró. Tras consensuarlo con los terapeutas de la Unidad no se incluyó la opción de respuesta “se mantuvo” ya

que se considera que el problema, al permanecer en el tiempo, empeora. A los sujetos que respondieron “permanece igual” se les incluyó en el grupo de fracasos.

- d) En el ítem 10, respondan con una puntuación de 3 ó 4 a los siguientes sub-apartados:
- Respecto a satisfacción personal y siendo 0 nada, 1 poco, 2 algo, 3 bastante y 4 mucho: ¿cuál es el grado de eficacia del tratamiento?
 - Respecto a bienestar o satisfacción vital, ¿cuál es el grado de eficacia del tratamiento?
- e) Respondan NO al ítem 11: ¿ha seguido otra terapia desde la terminación del tratamiento con la Unidad?
- f) En el ítem 12, respondan con una puntuación de 3 ó 4 al siguiente sub-apartado: valoración global, en una escala de 0 a 4, de su paso por la Unidad.

Se consideran, paralelamente, sujetos que han fracasado en la terapia aquellos que no cumplan al menos uno de los criterios anteriores.

Para medir la variable generalización en la muestra total y por grupos, se usan las respuestas al Ítem 6 del cuestionario. Se considera que el paciente ha generalizado el cambio si su puntuación es de 3 ó 4 en este ítem. Se considera que no generalizan conductas aquellos sujetos que no cumplen con el criterio anterior.

Para conocer las causas de finalización de la terapia de los pacientes del grupo “Altas voluntarias y abandonos” se utilizan las respuestas al ítem 16, sólo incluido en el cuestionario realizado a los pacientes pertenecientes a dicho grupo.

Para realizar una descripción de las respuestas de la muestra total a cada ítem del cuestionario se utiliza el mismo cuestionario de seguimiento descrito previamente.

1. Los ítems del cuestionario con escala tipo Likert son: ítem 2, 4, 5, 6, 10 (con sub-apartados) y 12 (con sub-apartados).
2. El ítem del cuestionario con tres opciones de respuesta es el 7. Algunos pacientes respondieron que el problema se mantuvo -no eligieron ninguna de las opciones-. Por esto, se añadió una opción de respuesta más para el análisis.
3. Los ítems de respuesta sí/no pertenecientes al cuestionario son los ítems 8, 9 y 11. El 8 no se tuvo en cuenta en el análisis por su escasa relevancia para este estudio.
4. Los ítems de respuesta abierta del cuestionario son el ítem 1, 3, 13, 14 y 15. Las contestaciones a estos ítems se agruparon por categorías tras la cumplimentación del cuestionario por los pacientes. En cada grupo de categorías se incluye otra más denominada “Otros”, que contiene las respuestas que no coinciden con las demás.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

Se han descrito las variables sociodemográficas de la muestra por grupos y total en el apartado “Participantes” (tablas 4, 5, 6, 7 y 8). En cuanto a las variables cuantitativas: la variable edad, que suele seguir una distribución próxima a la normal, se ha descrito usando la media y su correspondiente desviación estándar. En el caso del número de sesiones y la duración del tratamiento la distribución se aleja bastante de la normalidad, por lo que se describen mediante la mediana, los percentiles 25 y 75 y el Recorrido Intercuartílico (RI). Las variables cualitativas han sido descritas utilizando frecuencias y porcentajes. Son las siguientes: género, nacionalidad, estado civil, número de sesiones, duración del tratamiento, persona que deriva, contacto, terapeuta, tratamientos psicológicos previos, medicación y motivo de consulta.

Cambio percibido y generalización de conductas:

Para obtener datos sobre el cambio percibido por los clientes tras la terapia y de la generalización de conductas en la muestra total y por grupos se han obtenido los porcentajes correspondientes, utilizando los criterios ya expuestos previamente para el éxito y fracaso y el ítem 6 para la generalización.

Causas del fin de la terapia en el grupo “Altas voluntarias y abandonos”:

Se han obtenido los porcentajes de las causas de finalización de la terapia de los pacientes pertenecientes al grupo “Altas voluntarias y abandonos” utilizando las respuestas al ítem 16 del cuestionario de seguimiento –solo existente en los cuestionarios realizados a este grupo- como ya se ha especificado previamente.

Respuestas por ítem en la muestra total:

En los ítems con escala tipo Likert (2, 4, 5, 6, 10 y 12) la descripción se ha realizado calculando la moda de las respuestas dadas, por considerarse éstas las medidas más representativas para este tipo de escala. En el ítem con tres opciones de respuesta (7) y en los ítems con respuesta sí/no (9 y 11) se han obtenido las frecuencias relativas porcentuales de las opciones de respuesta. En los ítems de respuesta abierta (1, 3, 13, 14 y 15) se ha calculado el porcentaje para cada categoría de respuesta.

Para la realización de los análisis previamente especificados se ha utilizado el software estadístico “SPSS Statistics 20” de IBM.

III.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAMBIO PERCIBIDO POR LOS PACIENTES

1. Tras calcular la frecuencia porcentual de éxito y fracaso en los grupos de la muestra según los criterios ya expuestos, los resultados obtenidos han sido los siguientes:

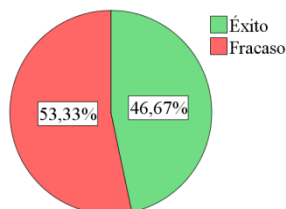


Figura 1. Porcentaje de éxitos y fracasos en la terapia. Grupo “Altas voluntarias y abandonos”.

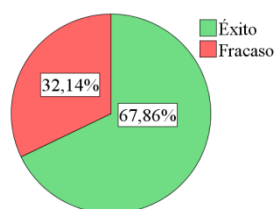


Figura 2. Porcentaje de éxitos y fracasos en la terapia. Grupo “Altas”.

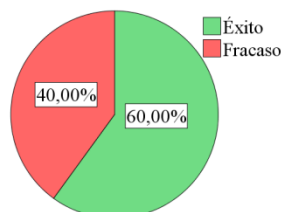


Figura 3. Porcentaje de éxitos y fracasos en la terapia. Grupo “Altas administrativas”.

El grupo que obtiene un porcentaje mayor de éxito subjetivo es el grupo “Altas”. A éste le sigue “Altas administrativas” y “Altas voluntarias y abandonos”.

El porcentaje de éxito en “Altas voluntarias y abandonos” es de 46,67%, la mediana del número de sesiones es 3.5 y de la duración del tratamiento expresado en días 75 (ver Tabla 5).

El porcentaje de éxito en la muestra de “Altas” es de 67.86% con una mediana de número de sesiones de 7 y de duración del tratamiento en días de 177 (ver Tabla 5).

El porcentaje de éxito en “Altas administrativas” es del 60%, con una mediana del número de sesiones de 4 y de duración del tratamiento en días de 46.5 (ver Tabla 5).

2. Tras calcular el porcentaje de éxito y fracaso en la muestra total y siguiendo los criterios expuestos anteriormente, los resultados obtenidos se exponen a continuación:

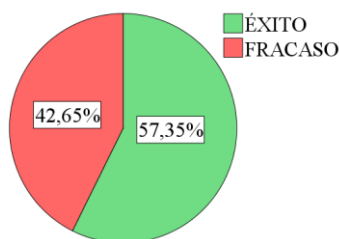


Figura 4. Porcentaje de éxitos y fracasos en la terapia. Muestra total.

El porcentaje de éxito para toda la muestra es de 57,35%, con una mediana del número de sesiones de 5 y de duración del tratamiento en días de 123 (ver Tabla 7). La mayoría de investigaciones de resultados previas coinciden en arrojar una tasa de mejoría entre el 70 y 90 % de los casos atendidos, con un número medio de sesiones de entre 4 y 9 (Rodríguez et al., 1994). Estos resultados podrían considerarse coherentes con los obtenidos en otros estudios si tenemos en cuenta las características diferenciadas del mismo (ver ampliación de este criterio en la pág. 25).

GENERALIZACIÓN DEL CAMBIO PERCIBIDO

1. Tras calcular el porcentaje de generalización del cambio en la muestra dividida en grupos, los resultados obtenidos han sido los siguientes:

2.

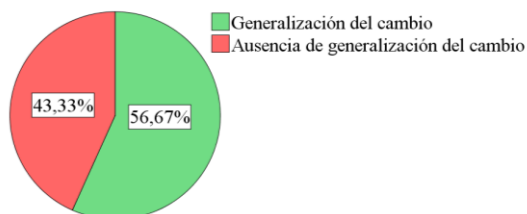


Figura 5. Porcentaje de generalización del cambio. Grupo “Altas voluntarias y abandonos”.

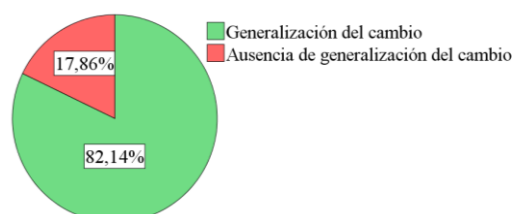


Figura 6. Porcentaje de generalización del cambio. Grupo “Altas”.

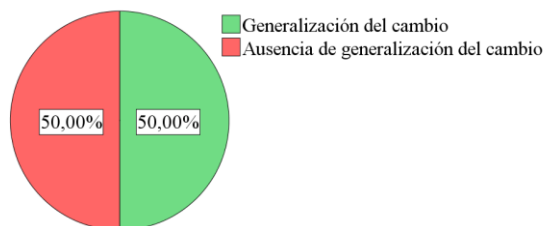


Figura 7. Porcentaje de generalización del cambio. Grupo “Altas administrativas”.

Los resultados muestran que el porcentaje de generalización de conductas es mayor en “Altas”, seguida de “Altas voluntarias y abandonos” y “Altas administrativas”. Un 56.67 % de los clientes del grupo “Altas voluntarias y abandonos” y un 82.14% de los pacientes del grupo “Altas” generalizan conductas de cambio. En el grupo “Altas administrativas” la mitad de los pacientes que cumplimentaron el cuestionario de seguimiento refieren haber generalizado el cambio.

- Tras analizar el porcentaje de generalización del cambio en la muestra total y siguiendo los criterios expuestos anteriormente:

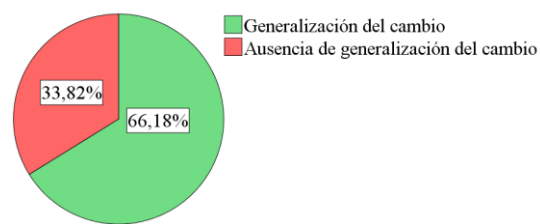


Figura 8. Porcentaje de generalización del cambio. Muestra total.

Los resultados muestran que el 66,18% de los pacientes generalizaron el cambio: adquirieron habilidades que les permitieron hacer frente a otros problemas distintos al que les llevó a acudir a terapia. Estos resultados son coherentes con los obtenidos en estudios previos, como el realizado por Peña et al. (2011), en el que se obtiene una tasa de generalización del 68% en los seguimientos localizados.

CAUSAS DE FIN DE LA TERAPIA EN “ALTAS VOLUNTARIAS Y ABANDONOS”

El grupo de pacientes de “Altas voluntarias y abandonos” respondieron a una pregunta más del cuestionario, cuyas respuestas han dado lugar a los siguientes resultados:

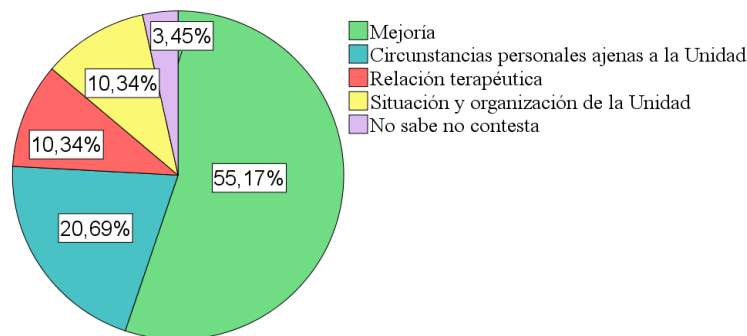


Figura 9. Porcentaje de causas de finalización de la terapia: grupo “Altas voluntarias y abandonos”.

De los pacientes que respondieron al cuestionario de seguimiento y finalizaron la terapia por decisión propia: el 55.17% lo hizo porque observó una mejoría en su problema, el 20.69% por circunstancias personales ajenas a la Unidad, el 10.34% por su relación con el terapeuta, otro 10.34 % por la situación y organización de la Unidad y el 3.45% no supo qué responder a este ítem. Por tanto, la mayoría de pacientes que finalizan la terapia voluntariamente lo hacen por una percepción de mejoría de su problema.

RESPUESTAS POR ÍTEM EN LA MUESTRA TOTAL

Ítems con escala tipo Likert:

Tabla 9. Moda y porcentaje de respuestas dadas a cada ítem con escala tipo Likert del cuestionario en la muestra total:

Variables	N que responde	Moda	% Nada	% Poco	% Algo	% Bastante	% Mucho	% NS/NC
• Grado de cumplimiento de objetivos	68	3	0	7.4	13.2	51.5	27.9	0
• Grado de puesta en práctica de lo aprendido	68	3	2.9	10.3	23.5	45.6	17.6	0
• Grado de utilidad de la terapia para la resolución del problema	68	3	2.9	5.9	26.5	48.5	16.2	0
• Grado de eficacia del tratamiento respecto a:								
- Satisfacción personal	68	3	1.5	2.9	16.2	41.2	38.2	0
- Ámbito laboral o académico	58	3	4.4	7.4	16.2	30.9	26.5	14.7
- Bienestar o satisfacción vital	68	4	1.5	2.9	16.2	38.2	41.2	0
- Funcionamiento social	66	3	4.4	4.4	16.2	41.2	30.9	2.9
- Relaciones familiares	67	3	4.4	11.8	13.2	36.8	32.4	1.5
- Salud física	64	4	4.4	7.4	26.5	26.5	29.4	5.9
• Grado de satisfacción respecto:								
- Al primer contacto	68	4	0	1.5	1.5	38.2	58.8	0

con la Unidad.								
- A la comprensión del terapeuta.	68	4	0	2.9	2.9	16.2	77.9	0
- A la ayuda proporcionada por el terapeuta.	68	4	0	4.4	16.2	25.0	54.4	0
- Al espaciamiento entre sesiones.	67	3	1.5	4.4	17.6	42.6	32.4	1.5
- Al lugar de la terapia.	68	4	1.5	7.4	19.1	32.4	39.7	0
• Valoración global del paso por la Unidad.	68	4	0	5.9	13.2	39.7	41.2	0

Los ítems que obtuvieron una moda más alta (4, mucho) fueron los referentes al grado de eficacia del tratamiento respecto al bienestar o satisfacción vital y respecto a la salud física, los referentes al grado de satisfacción respecto: al primer contacto con la unidad, la comprensión del terapeuta, la ayuda proporcionada por el mismo y el lugar de la terapia, así como el ítem de valoración global del paso por la Unidad. En ninguno de los ítems se obtiene una moda inferior a 3 (bastante).

Los porcentajes más altos de respuestas dadas corresponden a:

Grado de satisfacción respecto a la comprensión del terapeuta de 4 (muy satisfecho) en una escala de 0 a 4, con un 77.9%. Grado de satisfacción con respecto al primer contacto con la Unidad de 4 (muy satisfecho), con un 58.8%. Grado de satisfacción respecto a la ayuda proporcionada por el terapeuta de 4 (muy satisfecho) en una escala de 0 a 4, con un 54.4%. Grado de cumplimiento de objetivos de 3 (bastante) en una escala de 0 a 4, con un 51.5%

Ítems de respuesta sí/no e ítems con varias opciones de respuesta:

Tabla 10. Porcentaje de contestaciones a los ítems con respuesta sí/no y con varias opciones de respuesta del cuestionario en la muestra total:

Variables		N	%
• Petición de consulta en la Unidad si surgiera otro problema.	Sí	56	82.4
	No	8	11.8
	No sabe/ No contesta	4	5.9
• Resolución del problema por el que se consultó	Resolución total	14	20.6
	Resolución parcial	41	60.3

	Mantenimiento	6	8.8
	Empeoramiento	5	7.4
	No sabe/no contesta	2	2.9
• Seguimiento de otra terapia tras el tratamiento en la Unidad.	No	59	86.8
	Sí	9	13.2
N=68			

El 82.4% de los 68 pacientes que recibieron tratamiento en la Unidad pediría consulta de nuevo si les surgiera otro problema distinto al principal –por el que acudieron a consulta-, frente a un 11.8 que no la pediría y un 5.9 % que no sabe qué responder. En cuanto a la resolución del problema: un 60.3% de los pacientes refieren una resolución parcial, un 20.6 una resolución total, el 8.8 % dice mantener su problema y el 7.4 afirma que éste ha empeorado. El 86.8% de los pacientes refiere no haber necesitado un nuevo tratamiento, mientras que el 13.2% restante sí acudió de nuevo a terapia.

Ítems de respuesta abierta:

Los resultados obtenidos para cada ítem analizado han sido los siguientes:

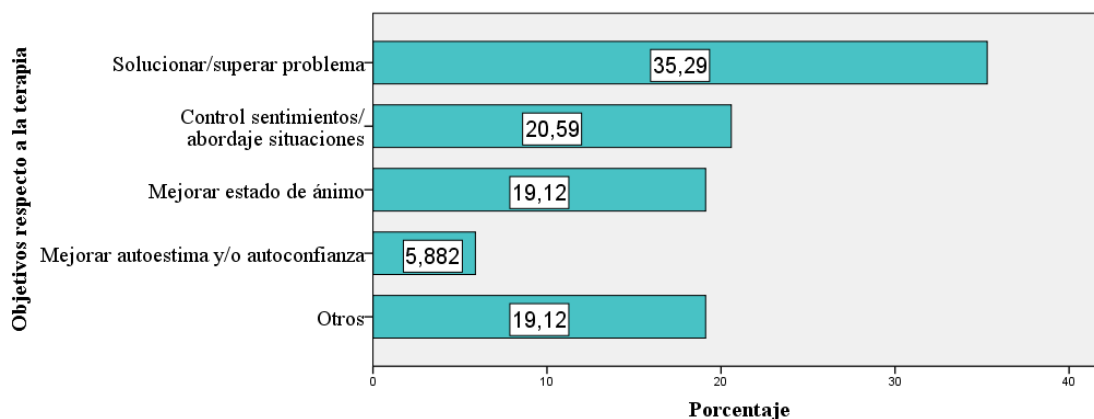


Figura 10. Porcentaje de las respuestas de los pacientes al Ítem 1 del cuestionario: ¿Cuáles eran sus objetivos respecto a la terapia?

Un 35.9% de los pacientes afirma que acudió a terapia para solucionar o superar su problema, un 20.59% buscaba gestionar sentimientos o ayuda para enfrentar situaciones determinadas, un 19.25% pretendía mejorar su estado de ánimo y un 5.8% quería mejorar su autoestima y/o autoconfianza. Un 19.2% de la muestra total pertenece a la categoría “Otros”, que contiene las respuestas de los pacientes que no coinciden con las

categorías creadas. Algunos ejemplos de las respuestas dadas en la categoría “Otros” son: desahogo, búsqueda del equilibrio, asesoramiento en temas académicos, etc.

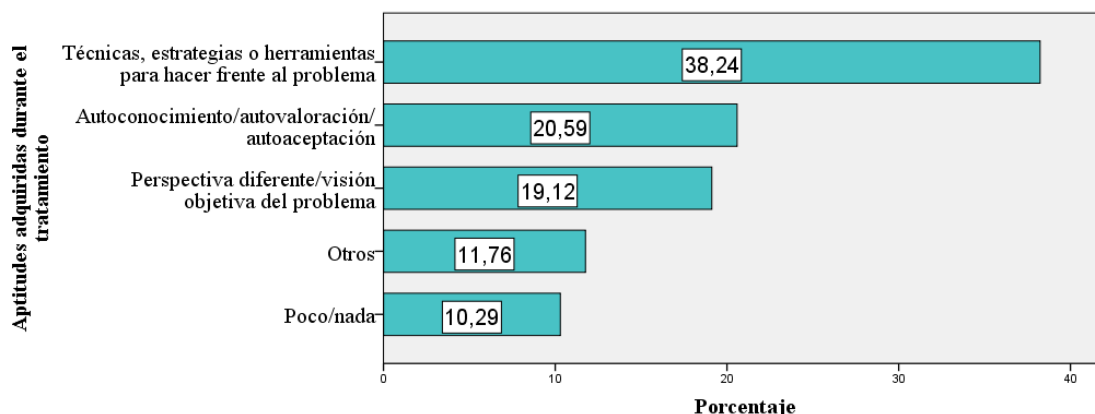


Figura 11. Porcentaje de las respuestas de los pacientes al Ítem 3 del cuestionario: ¿Qué aprendió durante el tratamiento?

De los 68 pacientes que forman la muestra total: un 38.24% afirma haber aprendido estrategias para hacer frente a su problema; un 20.59% considera que ha aprendido a conocerse, valorarse y/o aceptarse; un 19,12% dice haber adquirido una perspectiva objetiva o diferente del problema; un 10.29% considera que no ha aprendido nada o que ha aprendido poco y un 11.76% pertenece a la categoría “Otros” por no coincidir con ninguna de las categorías creadas. Algunas de las respuestas dadas en la categoría otros son: ayuda para guiar y organizar la propia vida, autonomía, paciencia, etc.

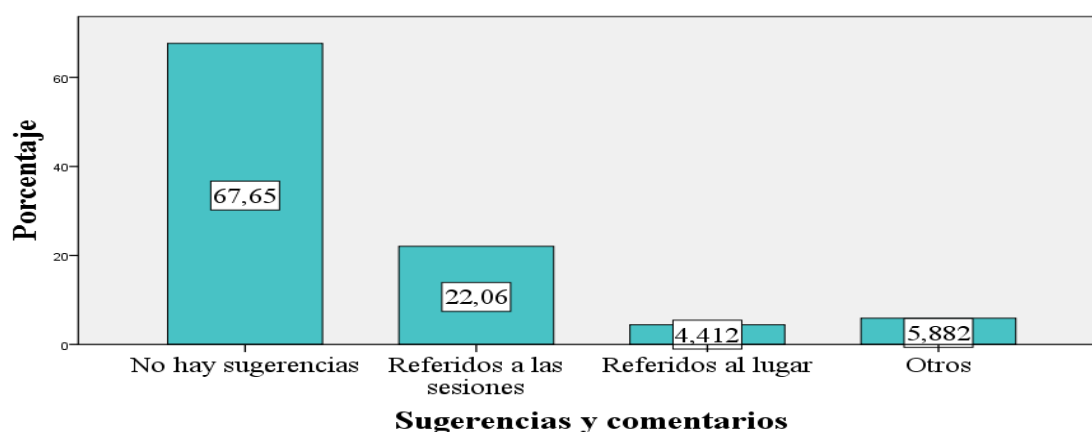


Figura 12. Porcentaje de las respuestas de los pacientes al Ítem 13 del cuestionario: ¿Tiene alguna sugerencia o comentario sobre la forma de trabajo de la Unidad?

De los 68 pacientes que forman la muestra total, un 67.65% no tiene sugerencias de cambio. Un 22.06% de la muestra total añade sugerencias referidas a las sesiones:

necesidad de menor espaciamento, más terapeutas para proporcionar más sesiones, sesiones más largas, creación de un servicio inter-sesiones por si hay alguna urgencia... Un 4.41% de la muestra total tiene comentarios negativos que hacer sobre el lugar de la terapia, considerando que: está demasiado apartado, es demasiado ruidoso, las salas están demasiado cerca y se deja poco espacio para la intimidad, etc. Un 5.58% de los pacientes da respuestas que no coinciden con los tipos de respuesta previamente expuestos, por lo que se incluyen en la categoría “Otros”. Algunos ejemplos son: preferencia por otros enfoques de tratamiento e influencia del terapeuta en el éxito de la terapia –como comentario- y creación de sesiones más dinámicas –como sugerencia-.

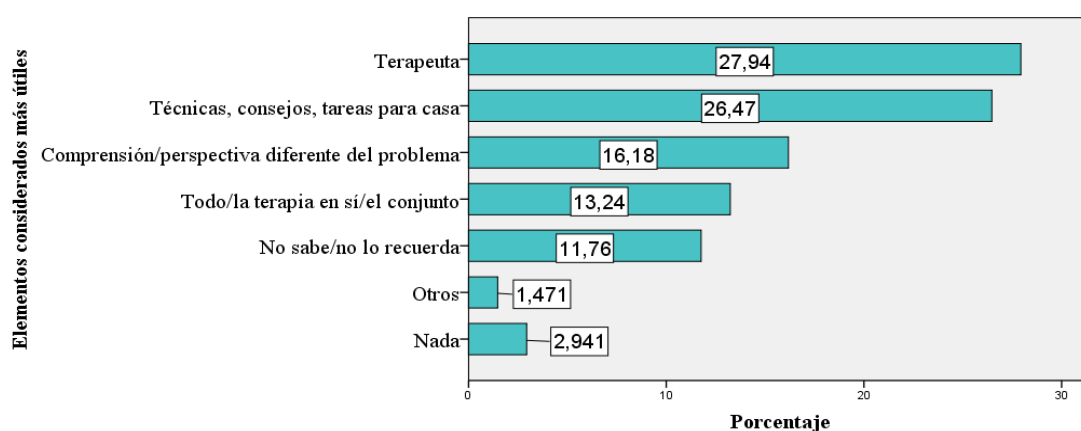


Figura 13. Porcentaje de las respuestas de los pacientes al ítem 14 del cuestionario: ¿Qué elementos o contenidos de las sesiones considera que fueron más útiles o más positivos para la solución de sus dificultades?

De los 68 pacientes, un 27.94% considera que las cuestiones relacionadas con el terapeuta fueron los elementos más útiles de la terapia: actitud, cercanía, escucha, relación terapéutica, acompañamiento... Un 16.18% considera que lo más positivo del tratamiento fue la comprensión o toma de conciencia de su problema, o bien la adquisición de una visión diferente respecto al mismo. Un 13.24% considera que todo fue positivo, haciendo referencia a la utilidad de toda la terapia o al conjunto de elementos que la conforman. Un 2.94% de la muestra no es capaz de encontrar nada positivo ni útil en la terapia y un 1.47% da respuestas que no pertenecen a ningún tipo de contestación previa, por lo que conforman la categoría “Otros”.

Algunos ejemplos de respuestas dadas en esta categoría son: el espacio en el que se desarrollan las sesiones, el tiempo de tratamiento, la disponibilidad del servicio, etc.

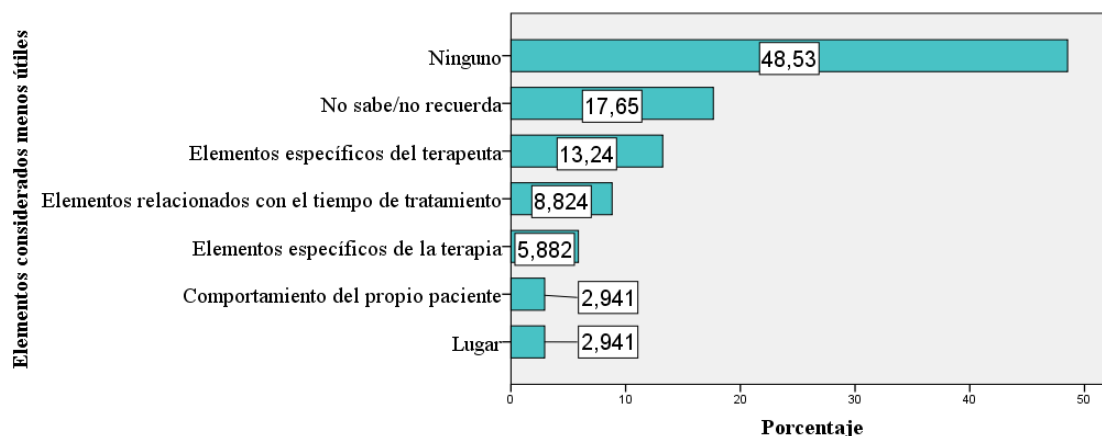


Figura 14. Porcentaje de las respuestas de los pacientes al ítem 15 del cuestionario: ¿Qué elementos o contenidos de las sesiones considera que fueron menos útiles o más negativos para la solución de sus dificultades?

De los 68 pacientes, un 48.53% afirma que todos los elementos de la terapia fueron útiles para la resolución de su problema. Un 17.65% no sabe qué responder en este ítem o no recuerda bien los elementos de la terapia que le resultaron inútiles. Un 13.24% de la muestra cree que los elementos más negativos para la terapia fueron factores específicos del terapeuta, como son: los silencios incómodos que se producían en la terapia, que el paciente se viera obligado a repetir explicaciones, la ausencia de avance durante las sesiones... Un 8.82% considera que lo menos útil de la terapia tuvo que ver con elementos relacionados con el tiempo de tratamiento, por ejemplo: carácter excesivamente breve de cada sesión, excesivo espaciamiento inter-sesiones, número excesivamente pequeño de sesiones totales de terapia, etc.

Un 5.88% afirma que los elementos más negativos fueron algunos específicos de la terapia: preferencia por otro enfoque de tratamiento o haber recibido la terapia previamente –conocimiento previo de las técnicas aprendidas-. Un 2.94% apunta que lo menos útil de la terapia tuvo que ver con su comportamiento, concretamente con el incumplimiento de tareas para casa y citas programadas. Un 2.94% considera que los elementos más negativos tienen que ver con el lugar de la terapia, considerando éste demasiado frío o impersonal o poco íntimo –estudiantes de la Facultad de Psicología-.

IV. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

Este estudio ha permitido obtener datos que, unidos a investigaciones previas y posteriores, pueden presentar evidencias favorables para la forma de trabajar de la Terapia Breve Sistémica a pesar de las limitaciones que impiden atribuir incuestionablemente los resultados a las intervenciones. Además, aporta datos que podrán ayudar a los terapeutas en el desempeño de sus tareas, en beneficio del bienestar y la salud mental de los pacientes.

En cuanto al éxito y fracaso en la muestra por grupos, se ha obtenido un porcentaje de éxito de 46.67% en el grupo “Altas voluntarias y abandonos”, de 67,86% en el grupo “Altas” y de 60% en el grupo “Altas administrativas”. Las tasas mayores en el grupo “Altas” podrían hacernos pensar que el éxito es mayor en aquellos estudiantes que permanecen en el tratamiento hasta que se da un acuerdo de alta paciente-terapeuta. Esta investigación podría ser completada con estudios posteriores en la misma línea que cuenten con más sujetos en cada muestra y con criterios objetivos para la valoración del éxito, como pueden ser: veredicto de jueces entrenados, percepción de cambio por parte de la familia o allegados del paciente, etc. Esto permitiría generalizar el éxito de la Terapia Breve Sistémica en cada grupo de estudiantes de la Universidad de Salamanca.

En la muestra total, los resultados muestran un porcentaje de éxito de 57.35% con una mediana de 5 sesiones. Dicho porcentaje es algo más bajo que el obtenido en investigaciones previas que informan de mejorías entre el 70% y el 90% de los casos atendidos con un número medio de sesiones entre 4 y 9 (Rodríguez & Beyebach, 1994). Sin embargo, podría considerarse congruente con las mismas: es posible que la tasa de éxitos más baja se deba a la inclusión en este estudio de pacientes que abandonaron la terapia tras una o dos sesiones, los cuales fueron excluidos de otras investigaciones de resultados (se separaban los pacientes que abandonaban de la de los pacientes que continuaban el tratamiento, especificando en estos últimos la tasa de éxito y fracaso). Podrán en el futuro realizarse nuevas investigaciones aumentando el número de pacientes, aislando variables ajenas al tratamiento y utilizando tanto criterios subjetivos como objetivos para la valoración del éxito o fracaso de la terapia, obteniendo así evidencias favorables más fuertes para la Terapia Breve Sistémica en estudiantes de la Universidad de Salamanca que acuden a la UAPSMU.

En cuanto a la generalización de conductas, los resultados en la muestra por grupos exponen tasas iguales o superiores al 50% en todos los casos. La tasa superior de

generalización del cambio en “Altas” podría hacernos pensar que ésta se produce en mayor medida en estudiantes que permanecen en el tratamiento hasta un acuerdo de alta paciente-terapeuta. Estudios posteriores pueden ir encaminados a aumentar el tamaño de las muestras y utilizar criterios objetivos para poder generalizar estas conclusiones.

En la muestra total se obtiene un porcentaje de generalización de 66.18%. Dicho porcentaje es congruente con los obtenidos en estudios previos, como el realizado por Peña et al. (2011) en una evaluación de resultados de pacientes de un Gabinete de Psicología en la que se obtuvo un porcentaje del 68%.

Podrán en el futuro realizarse nuevas investigaciones aumentando el número de pacientes, aislando variables ajenas y utilizando tanto criterios subjetivos como objetivos, obteniendo así evidencias favorables más fuertes de generalización del cambio en estudiantes de la Universidad de Salamanca que acuden a la UAPSMU.

En cuanto al análisis de las causas de finalización de la terapia, la mayoría de pacientes de la muestra (55.17%) que abandonan la terapia lo hacen porque observan una mejoría en su problema. Un 20.69% dice finalizar el tratamiento por circunstancias personales ajenas a la Unidad, un 10.34% por su relación con el terapeuta y un 10.34% por la situación y la Organización de la Unidad. Investigaciones posteriores con un tamaño de muestra mayor podrían proporcionar evidencia que confirme que el patrón de causas de finalización de la terapia en estudiantes de la Universidad de Salamanca atendidos en la UAPSMU y pertenecientes a “Altas voluntarias y abandonos” se repite.

En cuanto al análisis por ítems, los resultados obtenidos proporcionan datos que pueden ser muy útiles para el trabajo de los profesionales en la Unidad. Podrían:

- Proporcionar refuerzo positivo a los terapeutas por su trabajo con resultados tan positivos como una moda superior a 4 en los siguientes ítems: satisfacción con respecto a bienestar con la vida y salud física, primer contacto con la Unidad, comprensión y ayuda del terapeuta y valoración global del paso por la Unidad.
- Ser utilizados para tratar de mejorar en los aspectos que los pacientes consideren puntos débiles de la terapia: por ejemplo, sugerencias referidas a las sesiones y al lugar de la terapia.
- Favorecer el mantenimiento de aquellos aspectos que los pacientes categorizan como puntos fuertes: acompañamiento y actitud del terapeuta, técnicas y consejos, etc.

Investigaciones posteriores pueden ir encaminadas a aumentar el tamaño de la muestra y observar si:

- g) Las respuestas de los ítems con escala tipo Likert mantienen modas similares a las obtenidas en el estudio actual (superiores a 3 en todos los casos).
- h) Las frecuencias de los ítems de respuesta sí/no y de tres opciones son similares a las obtenidas en el presente estudio.
- i) Las respuestas a los ítems de respuesta abierta:
 - Siguen el mismo patrón de respuesta o coinciden con las categorías creadas en este estudio.
 - En el caso de coincidir, si se obtienen frecuencias similares para cada categoría.

LIMITACIONES

Este trabajo, al igual que otros estudios de resultados previos, posee algunas limitaciones metodológicas importantes: no se utilizan grupos de control, no se llevan a cabo comparaciones con otros tratamientos, se utilizan instrumentos de medida que podrían considerarse poco rigurosos por tener un carácter subjetivo, no se controlan todas las variables ajenas a la terapia y el tamaño de la muestra es pequeño (en especial del grupo “Altas Administrativas” por las razones expuestas previamente).

El único grupo de control que era posible utilizar habría estado formado por los pacientes que solicitaron iniciar la terapia pero aún no se les había citado para la primera sesión de la misma (lista de espera). Se barajó la posibilidad de trabajar con él, pero se descartó por dos razones. Primero, contaba con 20 pacientes y resultaba más interesante contar con una muestra de pacientes más grande. Segundo, se buscaba estudiar aspectos concretos y específicos de la terapia en la Unidad con preguntas que a los pacientes del grupo lista de espera no se les habría podido formular.

No fue posible comparar el tratamiento breve con otros por las dificultades que esto conlleva: sería necesario controlar variables ajenas utilizando la misma muestra para ambos tratamientos o igualando variables de dicha muestra, por ejemplo utilizando pacientes con el mismo diagnóstico. Esto resulta imposible en este estudio porque la orientación breve no utiliza etiquetas diagnósticas, y usar el motivo de consulta para clasificar pacientes no se consideró lo suficientemente fiable.

La utilización del cuestionario de seguimiento como único instrumento de medida se debió a la imposibilidad de recoger datos objetivos de la terapia (revisiones de la primera y última sesión de terapia, estimaciones de jueces entrenados...) porque ésta ya había finalizado en todos los casos.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alianza Española de Terapia Sistémica Breve, (s.f.) *¿Qué es la terapia sistémica breve?* Recuperado de <http://www.aetsb.org/%C2%BFque-es-la-terapia-sistemica-breve>
- Cade, B., O'Hanlon, W.H. (1995) *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief Therapy: focused solution development. *Family process*, 25 (2), 207-221.
- De Shazer, S. (1996). *Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Fisch, R., Weakland, J.H. & Segal, L. (1984) *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fontecilla G., Ramos M. & Rodríguez-Arias J.L. (1993). *Evaluación de resultados en terapia familiar breve*. XIV Jornadas de Terapia Familiar, Santiago de Compostela.
- Koss, M.P. & Shiang, J. (1994). Research on Brief Psychotherapy. En A.E., Bergin & S.L., Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 664-700). New York: John Wiley & sons.
- Muñiz, J. A. (2004) Informe sobre una evaluación de resultados del modelo de Terapia Familiar Breve en el ámbito privado. *Papeles del Psicólogo*, 25 (87), 29-33.
- Ochoa, I. (1995). Terapia del MRI de Palo Alto. En *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. (pp. 43-58) Barcelona: Herder.
- Ochoa, I. (1995). Capítulo 7: Terapia Centrada en las Soluciones. En *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. (pp. 107-125) Barcelona: Herder.
- Peña, V., Vieito, B. & Muñiz, J.A. (2011, Junio). *Datos obtenidos en la evaluación de resultados de una muestra clínica*. IV Encuentros Galegos de Terapia Familiar, Pontevedra.
- Reyes Martos, J. (2008) *Terapia Breve centrada en Soluciones*. Recuperado de <https://jacoboreyesmartos.files.wordpress.com/2009/10/terapia-breve-entrevista.pdf>
- Rodríguez, A. & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica Breve: trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido (comp.) *Psicoterapia: modelos contemporáneos de aplicación*. (pp. 241-289). Valencia: Promolibro.
- Rodríguez-Arias, J.L., Otero, M., Venero, M., Ciordia, N., Vázquez, P. (2004) Estudio de la evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve. *Papeles del psicólogo*, 25 (87), 20-288.
- Weakland, J. H., Fisch, R. Watzlawick, P. & Bodin, A. M. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13 (2). 141-168.
- White, M. & Epston, D. (1990) *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York-Londres: W.W. Norton and Co.

VI. ANEXOS

ANEXO I: Cuestionario utilizado para realizar el seguimiento: EFICACIA DEL TRATAMIENTO

1. ¿Cuáles eran sus objetivos respecto a la terapia?

2. En una escala del 0 al 4, siendo

0- Nada

1- Poco

2- Algo

3- Bastante

4- Mucho

¿Cuál es el grado en que sus objetivos se cumplieron?

3. ¿Qué aprendió durante el tratamiento?

4. En una escala del 0 al 4, siendo

0- Nada

1- Poco

2- Algo

3- Bastante

4- Mucho

¿Cuál es el grado en que pone en práctica lo que aprendió?

5. En una escala del 0 al 4, siendo:

0- Nada

1- Poco

2- Algo

3- Bastante

4- Mucho

¿Cuál es el grado de utilidad que tuvo lo que aprendió en terapia para la resolución del problema?

6. En una escala del 0 al 4, siendo

- 0- Nada
- 1- Poco
- 2- Algo
- 3- Bastante
- 4- Mucho

¿Cuál es el grado de utilidad que tuvo lo que aprendió en terapia para la resolución de otros problemas?

7. En cuanto al problema por el que consultó, se resolvió:

- Totalmente
- Parcialmente
- Empeoró

8. Si el problema por el que acudió a consulta no mejoró o no se resolvió, ¿pediría consulta de nuevo en la Unidad por ese problema?

9. ¿Pediría consulta en la Unidad por otro problema que le surgiera?

10. De acuerdo con la siguiente escala:

- 0- Nada
- 1- Poco
- 2- Algo
- 3- Bastante
- 4- Mucho

RESPECTO A	¿CUÁL ES EL GRADO DE EFICACIA DEL TRATAMIENTO?				
Satisfacción personal	0	1	2	3	4
Ámbito laboral y/o académico.	0	1	2	3	4
Bienestar o satisfacción vital	0	1	2	3	4
Funcionamiento social	0	1	2	3	4
Relaciones familiares	0	1	2	3	4
Salud física.	0	1	2	3	4

11. ¿Ha seguido otra terapia desde la terminación del tratamiento con la Unidad?

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

12. En una escala del 0 al 4, siendo

- 0- Nada
- 1- Poco
- 2- Algo
- 3- Bastante
- 4- Mucho

RESPECTO A	¿CUÁL ES EL GRADO DE SATISFACCIÓN?				
Primer contacto con la Unidad	0	1	2	3	4
Capacidad de comprensión del terapeuta	0	1	2	3	4
Ayuda proporcionada por el terapeuta	0	1	2	3	4
Espaciamiento entre sesiones	0	1	2	3	4
Lugar de la terapia	0	1	2	3	4
Valoración global de su paso por la Unidad	0	1	2	3	4

OTROS ASPECTOS

- 13. ¿Tiene alguna sugerencia sobre cambios en la forma de trabajo de la Unidad, o algún comentario que hacer?
- 14. ¿Qué elementos o contenidos de las sesiones considera que fueron más útiles o más positivos para la solución de tus dificultades?
- 15. ¿Qué elementos o contenidos de las sesiones considera que fueron menos útiles o más negativos para la solución de tus dificultades?
- 16. (Sólo incluido en el cuestionario de “Altas voluntarias y abandonos”). ¿En qué categoría incluiría los motivos por los que suspendió el tratamiento o terapia?
 - i. Mejoría
 - ii. Relación terapéutica
 - iii. Situación y organización de la Unidad
 - iv. Circunstancias personales ajenas a tu voluntad.