
EL ESTATUS CIENTIFICO DE LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES: UNA REVISION DE LOS ESTUDIOS DE RESULTADOS¹.

Benito Aranda Estrada, Mark Beyebach y Margarita Herrero de Vega

Universidad Pontificia de Salamanca

La investigación en TCS

La Terapia Familiar Centrada en las Soluciones (TCS) fue desarrollada a principios de los años ochenta en Milwaukee, Estados Unidos, por Steve de Shazer, su mujer Insoo Kim y un grupo bastante amplio de colaboradores. Este modelo recoge la influencia directa de John Weakland y de sus colegas del M.R.I. de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982), y por tanto se inscribe en una doble tradición. Por un lado, la de la terapia familiar sistémica, con su interés por el contexto y una lectura relacional de la comunicación (Watzlawick, Jackson y Beavin, 1967). Por otro, la de la terapia breve, en la línea de Milton H. Erickson, con su apuesta radical por el cambio. A partir de estas dos grandes influencias, la TCS fue desarrollando una forma propia de abordar la terapia, caracterizada por el énfasis en los recursos de los clientes, por la presencia constante de una perspectiva de futuro y por el esfuerzo continuado de crear contextos de colaboración con las familias.

En estas dos décadas de evolución, la TCS ha pasado de ser sólo un enfoque de psicoterapia con un claro carácter clínico a convertirse en una herramienta técnica y conceptual de amplio espectro, que se utiliza también con profusión en contextos no clínicos como la protección de menores, la orientación escolar, el trabajo con grupos o la consultoría a empresas. En el campo clínico, se ha explorado su utilización con poblaciones muy diversas, tanto en contextos generalistas de atención primaria como en el abordaje de problemas específicos como el alcoholismo, las toxicomanías, los trastornos de alimentación o la depresión. Se ha aplicado también en el trabajo con

¹ Beyebach, M. Estrada, B. y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la Terapia Centrada en las Soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *MOSAICO, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 36, pp. 33-41

víctimas de abuso sexual, la terapia con abusadores sexuales o con convictos de violencia doméstica, así como en el trabajo con parejas y con familiares de personas con esquizofrenia.

Esta expansión del enfoque parecería avalar su eficacia. Pero ¿qué evidencias nos proporciona la investigación empírica acerca de la eficacia y eficiencia de este modelo de intervención? ¿Es tan eficaz la TCS como defienden sus creadores y los terapeutas que la emplean? ¿Es realmente un tratamiento tan breve como se dice? ¿Qué sabemos de sus limitaciones y contraindicaciones?

Para dar respuesta a estas preguntas, haremos en este artículo un breve recorrido por las *investigaciones de resultados* publicadas sobre TCS, tratando de encontrar algunas claves respecto de las cuestiones que acabamos de plantear. Para facilitar la revisión, agrupamos los estudios en función del tipo de diseño que emplean, dedicando más espacio a comentar los estudios de mayor calidad. Dejaremos la revisión de los *estudios de caso único*, así como de las *investigaciones de proceso-resultado*, para una publicación posterior.

Estudios de resultados sólo post

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

Este tipo de estudios comenzaron en el propio BFTC de Milwaukee. Posteriormente, empezaron a hacerse también en otros países europeos, a medida que la TCS se iba extendiendo. Aparecieron así publicaciones en Inglaterra (George, Iveson y Ratner, 1990; Macdonald, 2005; Shennan, 2003; Milner y Jessop, 2003), Alemania (Burr, 1993), Bélgica (De Shazer y Isebaert, 2003) y también en España (Beyebach y cols., 2000). Estas investigaciones estudian la aplicación de la TCS en contextos asistenciales reales y por lo general analizan muestras heterogéneas, que incluyen todo tipo de casos.

Las únicas excepciones son el interesante estudio con pacientes alcohólicos realizado en Brujas (De Shazer y Isebaert, 2003) y el estudio inglés sobre violencia doméstica (Millner y Jessop 2003), que tienen muestras homogéneas. En cualquier caso, las muestras no suelen estar bien descritas y su tamaño varía mucho. Los tratamientos se describen como TCS, pero en general no se aportan datos sobre la integridad de la terapia aplicada.

De este primer conjunto de estudios no cabe extraer **conclusiones** sobre la eficacia de la TCS, ya que los cambios que se describen en los clientes atendidos no pueden en realidad atribuirse al tratamiento aplicado. Sin embargo, sí se pueden constatar algunos datos:

1. En general, los clientes atendidos con TCS parecen evolucionar favorablemente, ya que la tasa de éxito oscila entre el 66% (George, Iveson y Ratner, 1990) y el 86% (De Shazer, 1991), situándose en la mayoría de los estudios en torno al 70%.
 2. El número de sesiones es efectivamente, tal y como propone el modelo terapéutico, bastante reducido, ya que el número medio de sesiones oscila entre 2.7 (Shenan, 2003) y 6 (De Shazer y cols, 1986, Milner y Jessop, 2003), pasando por el 4,6 de los estudios en Salamanca (Beyebach y cols, 2000). De todos modos, algunos datos apuntan a que, dentro de la brevedad del tratamiento, las terapias no exitosas tienden a ser un poco más cortas que las exitosas (Beyebach y cols, 2000; Macdonald, 2005).
 3. La mayoría de estos estudios ha examinado si el resultado terapéutico correlacionaba con variables como la clase social, la edad de los clientes, su sexo, o el tipo de problema, sin llegar a encontrar correlaciones significativas. Solamente hay dos hallazgos reseñables en este terreno: MacDonald encontró que en los casos más crónicos el porcentaje de éxito era menor; y Beyebach y su equipo comprobaron que los casos que consultaban por problemas interpersonales (de pareja, de comunicación padres-hijos, o con niños) tenían una tasa de éxito menor que los problemas intrapersonales (ansiedad, depresión, adicciones).
-

4. En resumen, de este primer grupo de estudios cabe deducir que lógicamente la TCS presenta, como cualquier otro modelo, una alta tasa de éxito, pero también una importante tasa de fracaso terapéutico (al menos entre el 14% y el 30% de los casos atendidos no mejora durante el tratamiento). Dos de los estudios comentados sugieren que los casos que no mejoran tienen menos sesiones de terapia que los que sí lo hacen, y algunos datos parecen indicar que los casos de fracaso tienden a ser de problemas más crónicos, y tal vez más los de tipo interpersonal.

Estudios de resultados pre-post

Los estudios con diseño pre-post test de un solo grupo se han realizado tanto con muestras heterogéneas en centros ambulatorios (Darmody y Adams, 2003; De Jong y Hopwood, 1996; Fischer, 2004), como con muestras homogéneas, en función de un tipo de problema o patología: violencia doméstica (Lee, Sebold y Uken, 2003), depresión (Lee, Greene, Mentzer, Pinnell y Niles, 2001), estudiantes con dificultades de aprendizaje (Thompson y Littrell, 2000). El tratamiento empleado en estos estudios se describe como TCS, pero en la mayoría de las publicaciones se dan pocos datos de él. Aunque los estudios pre-post permiten constatar de forma más fidedigna si los clientes han cambiado desde el inicio de la terapia hasta su término o el seguimiento, siguen sin permitir sacar conclusiones sobre el efecto del tratamiento, ya que no cabe excluir que los clientes atendidos hubieran tenido la misma evolución sin ser tratados.

En cuanto a los instrumentos utilizados para medir la evolución de los clientes, dos de estos estudios optaron por la metodología más sencilla, empleando las puntuaciones de la Pregunta Escala² al principio y al final del tratamiento como principal forma de medir el cambio (De Jong y Hopwood, 1996; Fischer, 2004). Los demás utilizan diversos instrumentos estandarizados, en función del tipo de problemas atendidos, como el B.D.I. de Beck (Lee y cols., 2001), o el Cuestionario de Autoestima de Golberg (Lee y cols., 2003).

² En estos casos, la Escala de Avance, en la que se pide al cliente que sitúe de 0 a 10 cómo están en la actualidad los problemas que motivaron la consulta (0= cuando peor han estado; 10= están del todo resueltos).

Aunque con este tipo de diseño siguen sin poder atribuirse los cambios al tratamiento utilizado, estos seis estudios pre-post que hemos revisado permiten seguir avanzando algunas **conclusiones**:

1. Aún sin poder establecer relaciones causa-efecto, seguimos comprobando que los clientes atendidos con TCS parecen evolucionar favorablemente, y que lo hacen además con un número reducido de sesiones.
2. También seguimos detectando casos que no mejoran o incluso que empeoran. El peor resultado es en este sentido el del estudio de Fischer (2004) en una clínica familiar, en el que en la escala de funcionamiento diario un 49% de las parejas/familias mostraron una mejoría significativa al final de la terapia, pero el 32% no registraron cambios y 19% empeoraron.
3. De nuevo aparecen datos que parecen apuntar a una mayor eficacia de la TCS con casos de problemas personales que con problemas interpersonales. Esto es lo que informan directamente Darmody y Adams (2003) y también es lo que se deduce de los resultados de Fischer (2004).

Estudios controlados de resultados

La mayoría de los estudios controlados se han llevado a cabo con muestras homogéneas y bien definidas, aunque buena parte de estos estudios no se realizaron en contextos de psicoterapia. Presentaremos primero los estudios donde se compara la TCS con un grupo de control de “no tratamiento” o de tratamiento habitual, y después los estudios en los que la TCS se compara con un tratamiento alternativo. Dentro de cada uno de estos bloques, empezaremos presentando los estudios menos sólidos desde el punto de vista metodológico y terminaremos con los mejor realizados, siguiendo en este punto los criterios de Gingerich y Eisengart (Gingerich y Eisengarth, 2000).

Estudios con grupo de control no tratamiento o “tratamiento habitual”

Los estudios que comparan un grupo experimental al que se aplica el tratamiento con un grupo control que no lo recibe sí permiten hacer inferencias sobre el efecto de la terapia: si los clientes del grupo experimental evolucionan mejor que los del grupo de control, podremos decir que la terapia ha producido esa mejoría. Sin embargo, con este tipo de diseño no podemos excluir que lo que haya ayudado a los clientes del grupo experimental no sea en realidad el tratamiento en sí, sino el hecho de haber recibido una atención que no recibieron los clientes del grupo control.

Springer, Lynch y Rubin (2000) investigaron una intervención de grupo dirigida a ayudar a niños hispanos de padres encarcelados. Para ello, analizaron los efectos de una intervención grupal centrada en soluciones sobre la autoestima de cinco niños, en comparación con un grupo control sin tratamiento, formado por otros cinco. El tratamiento consistió en seis sesiones de terapia de grupo centrada en las soluciones y los resultados indicaron que en el grupo experimental se produjo un incremento modesto pero significativo en la autoestima de los niños.

Zimmerman, Jacobsen, MacIntyre y Watson (1996) estudiaron los efectos de un grupo centrado en soluciones para padres de adolescentes problemáticos. Los padres fueron reclutados mediante un anuncio en un periódico local y asignados de forma aleatoria al grupo experimental (N=30) y a lista de espera (N= 12). Los padres del grupo experimental recibieron una intervención centrada en soluciones de seis sesiones, durante seis semanas. Los dos instrumentos empleados (*Parenting Skills Inventory* y *Family Strengths Assessment*) indicaron que se produjo una mejoría estadísticamente significativa en el grupo experimental, y no en el grupo de control

En un estudio bien realizado pese a la falta de asignación al azar **Zimmerman, Prest y Wetzel (1997)** investigaron la eficacia de la terapia de grupo centrada en soluciones para mejorar la relación matrimonial. La muestra fue de 23 parejas que respondieron a un anuncio en prensa solicitando matrimonios que desearan mejorar su relación (grupo experimental) y otras 13 parejas que no clínicas que fueron reclutadas en residencias universitarias para parejas casadas.

Las parejas del grupo experimental recibieron seis sesiones de terapia de pareja centrada en las soluciones, en formato grupal., durante un total de seis semanas. Las

puntuaciones post-test de *Ajuste Diádico* indicaron una mejoría estadísticamente significativa en las parejas del grupo experimental con relación a las puntuaciones pre-test.

Lindforss y Magnusson (1997) presentaron una excelente investigación sobre la TCS con prisioneros de una cárcel en Estocolmo. La muestra incluyó 59 internos con entre y 2 y 10 meses de condena por cumplir, con un largo historial criminal y abuso de drogas. Se asignaron al azar 30 presos al grupo experimental, que recibieron entre 1 y 12 sesiones de TCS, y 29 al grupo control, que recibió la asistencia rutinaria del centro penitenciario, y se comprobó la equivalencia de ambos grupos

En el seguimiento a los 12 meses el recidivismo (nuevos incidentes judiciales tras la salida de prisión) del grupo experimental fue del 53%, mientras que en el grupo control ascendió al 76%. En el seguimiento a los 16 meses se pasó a un 60% en el grupo experimental y a un 86% en el grupo control, una diferencia estadísticamente significativa. Además, la gravedad de los nuevos delitos fue menor en el grupo experimental en comparación con el grupo control hasta un año después de la salida de prisión.

Posiblemente la investigación sobre TCS de mayor calidad metodológica realizada hasta la fecha sea la de **Cockburn, Thomas y Cockburn (1997)** evaluando el impacto de la TCS en el ajuste psicosocial y la vuelta al trabajo de pacientes con lesiones físicas. Participaron 48 pacientes (un 73% con lesión espinal o en extremidades superiores) y sus cónyuges, que fueron asignados de forma aleatoria a uno de los grupos del diseño, dos de ellos grupos experimentales (N=25) y dos grupos de control (N=23).

La intervención para los grupos experimentales consistió en seis sesiones de TCS protocolizada, de una hora de duración y repartidas en seis semanas, más el tratamiento estándar del programa de rehabilitación. A los grupos control se les proporcionó sólo el tratamiento estándar del programa de rehabilitación.

Los pacientes que recibieron la TCS mostraron mejor ajuste psicosocial y apoyo social que los pacientes del grupo control. El dato más llamativo es que el 68% de los pacientes del grupo experimental regresaron a su trabajo siete días después de concluido el tratamiento, comparado con el 4% de pacientes del grupo control que lo hicieron en el mismo plazo. A los 30 días de haber terminado el tratamiento, el 92% de los pacientes

que recibieron la TCS como tratamiento habían regresado a su trabajo, en comparación con el 47% de los pacientes del grupo control que hicieron lo propio.

Estudios comparativos

Los estudios comparativos resuelven el problema de la diferencia de atención entre el grupo experimental y el de control, ya que ambos grupos reciben un tratamiento, y permiten contestar a la pregunta de si un tratamiento dado es más o menos eficaz que un tratamiento alternativo. Sin embargo, dejan la interrogante de cómo habrían evolucionado los clientes si no hubieran recibido ningún tratamiento en absoluto.

En un estudio mal descrito y sin asignación al azar, **Wheeler** (1995) comparó dos grupos de pacientes que recibieron tratamiento en un servicio hospitalario de salud mental. 39 casos recibieron un tratamiento no especificado y 34 casos TCS, aunque no se informa ni del número de sesiones ni de la integridad de los tratamientos. El porcentaje de éxito de la terapia centrada en las soluciones fue del 67% de los casos, en comparación con el 43% del tratamiento alternativo.

Tampoco es muy bueno el estudio de **Vaughn, Young, Webster y Thomas (1996)**, que analiza las diferencias entre el tratamiento psiquiátrico tradicional y el modelo centrado en soluciones en un programa de atención psiquiátrica de un hospital en Estados Unidos. Se comparan los resultados obtenidos en 688 casos tratados antes de introducir el modelo centrado en soluciones con 675 casos tratados una vez que se implantó la TCS como tratamiento de rutina. El promedio de estancias por día de los pacientes disminuyó de 20.2 días a 6.6 días.

Lambert, Okiishi, Finch y Johnson (1998) publicaron un interesante trabajo sobre la *eficiencia* de la TCS, utilizando el cuestionario de bienestar general OQ45. La muestra de este estudio consta de 27 pacientes tratados con TCS, considerados grupo experimental. Como grupo comparación se tomó una muestra de 45 pacientes procedente de otro estudio (Kadera, Lambert y Andrews, 1996) a los que se aplicó como tratamiento un modelo ecléctico de psicoterapia.

Se constató que el 36% de los pacientes analizados del grupo experimental registró una recuperación clínicamente significativa después de dos sesiones de TCS, y que tras siete sesiones se habían recuperado un 46%. En cambio, sólo un 2% de los pacientes del grupo control registró una recuperación clínicamente significativa después de dos sesiones de psicoterapia ecléctica y tras siete sesiones sólo se había recuperado un 18% de los pacientes. En este grupo se necesitaron 26 sesiones para alcanzar el porcentaje de recuperación del 46% que los pacientes de la TCS habían alcanzado en siete sesiones. Por tanto, la TCS era más eficiente que el tratamiento alternativo.

Eakes, Walsh, Markowski, Cain y Swanson (1997) analizaron el impacto de la TCS en familias con un miembro con diagnóstico de esquizofrenia. El grupo experimental consistió en cinco familias con sus pacientes, tratados con cinco sesiones de TCS. Otras cinco familias formaron el grupo control y recibieron un tratamiento tradicional centrado en problemas. Se siguió un protocolo de tratamiento, pero además de las técnicas centradas en soluciones se incluyó la técnica del “equipo reflexivo” al final de las sesiones.

Se aplicó a los dos grupos de pacientes la *Escala de Ambiente Familiar* (FES) antes y después del tratamiento. El grupo experimental mostró un incremento en algunas escalas en las puntuaciones post-test, mientras que los pacientes del grupo control mostraron un deterioro significativo en ellas. Los resultados del estudio muestran que los pacientes esquizofrénicos y sus familias mejoraron de forma significativa y se beneficiaron de la TCS en aspectos concretos como expresividad y las actividades recreativas, aunque lo pequeño de la muestra y la falta de un diseño aleatorio reducen el valor de los resultados.

LaFountain y Garner (1996) investigaron el efecto de la TCS en formato grupal en la consejería con estudiantes. Se trabajó con 57 orientadores escolares. 27 de ellos se seleccionaron de forma aleatoria para formar el grupo experimental y recibieron un programa de entrenamiento de terapia centrada en soluciones con grupos, de un día de duración. Los otros 30 orientadores no recibieron ningún entrenamiento y formaron el grupo control. A cada uno de los orientadores del grupo experimental se les pidió que seleccionaran entre cuatro y ocho estudiantes que serían incluidos en el grupo experimental (N=176). En cambio, a los orientadores del grupo control se les asignaron

135 estudiantes a los que no les proporcionó ningún tipo de asesoramiento. El grupo experimental de estudiantes recibió ocho sesiones semanales de terapia de grupo centrada en soluciones.

Se aplicó un cuestionario de características de personalidad y se encontraron algunas diferencias entre los grupos que, sin ser grandes, resultaron ser estadísticamente significativas. Los estudiantes del grupo experimental mejoraron en tres sub-escalas del cuestionario indicando, según los autores, que los estudiantes de este grupo habían aumentado su autoestima en áreas no académicas y que tras el tratamiento mostraban más sentimientos y actitudes positivas acerca de sí mismos.

Littrell, Malia y Vanderwood (1995) trabajaron con una muestra de 61 estudiantes para contrastar la eficacia de la terapia de una sola sesión, empleando tres modelos diferentes de consejo breve: terapia centrada en los problemas con una tarea, terapia centrada en los problemas sin tarea y terapia centrada en las soluciones con tarea. Cada tratamiento fue realizado por un consejero diferente, uno para cada grupo.

Los tres tratamientos tuvieron efectos positivos, aunque no se encontraron diferencias significativas entre ellos: los tres grupos de consejo breve estudiados resultaron igual de eficaces para aliviar la preocupación de los estudiantes, ayudarles a alcanzar sus objetivos y a disminuir los sentimientos negativos. Los autores comentan que el tiempo empleado en las sesiones consejo centrado en las soluciones fue menor que en los dos grupos centrados en el problema, pero no aportan el dato concreto.

En un riguroso estudio sobre tratamiento de la depresión, **Sundstrom (1993)** comparó TCS de una sola sesión con una sola sesión de Psicoterapia Interpersonal para la Depresión (IPT), para el tratamiento de estudiantes universitarios. La muestra quedó constituida por 40 estudiantes de Psicología, de los cuales el 34% reunía los criterios diagnósticos de depresión mayor según el *Inventario para la Depresión de Beck* (BDI). Las estudiantes se asignaron al azar al grupo control y al grupo experimental.

Antes de aplicar los tratamientos se pasaron el BDI, la *Depression Adjective Checklist*, la escala de autoestima de Rosenberg y la *Counselor Rating Form*. Estos instrumentos volvieron a aplicarse diez días después de la aplicación del tratamiento. El tratamiento consistía en 90 minutos de sesión de TCS para el grupo experimental y 90 minutos de

sesión de PTI para el grupo control. Las sesiones fueron grabadas en vídeo y codificadas por un juez ciego a las hipótesis, para asegurar la integridad del tratamiento. Los resultados en el BDI y la *Depression Adjective Checklists* indican que ambos tratamientos produjeron mejorías significativas, que no se registraron sin embargo en el cuestionario de autoestima. No hubo diferencias significativas entre los dos tratamientos. Aunque la autora interpreta este resultado en el sentido de que la TCS demuestra ser igual de eficaz que la IPT, un tratamiento que se considera “empíricamente validado” para la depresión, lo cierto es que en una versión tan mínima (una sola sesión) sería improbable encontrar diferencias significativas.

En el estudio clínico más ambicioso realizado con TCS, los finlandeses **Knekt y Lindfors** (2004) investigaron la efectividad de cuatro tratamientos diferentes para pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad: terapia centrada en las soluciones, psicoterapia psicodinámica breve (PPB), psicoterapia psicodinámica de larga duración y psicoanálisis. En la primera publicación de este estudio (Knekt y Lindfors, 2004) se informa solamente sobre la efectividad de los dos primeros modelos comparados, la TCS y la PPB, hasta los 12 meses. El resto del estudio está aún en curso.

La muestra total consistió en 326 pacientes atendidos en los servicios psiquiátricos de Helsinki entre 1994 y 2000 y asignados de forma aleatoria a uno de los grupos de tratamiento. Todos los pacientes tenían un diagnóstico de trastorno depresivo mayor o de ansiedad en el DSM-IV, y no hubo diferencias entre los grupos en el pretest. De los pacientes de la muestra, 95 fueron asignados de forma aleatoria al grupo de la TCS y 101 a PPB. La media de sesiones en el grupo de la PPB fue de 15.3 (a lo largo de 5.7 meses), mientras que la media de la TCS fue de 10 sesiones (repartidas en 7.5 meses).

Los instrumentos utilizados fueron el *Inventario para la Depresión de Beck*, (BDI) y las *Hamilton Depression Rating Scales* (HDRS) para la depresión, y la *Symptom Checklist Anxiety Scale* y la *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) para la ansiedad. Estos instrumentos se aplicaron a todos los pacientes antes de iniciar los tratamientos y a los 3, 7, 9 y 12 meses.

Ambos tratamientos produjeron un rápido decremento en los síntomas depresivos y de ansiedad durante los primeros meses de la terapia, siguiendo una evolución prácticamente idéntica en los dos grupos. La única diferencia se encontró en la remisión de los síntomas depresivos en el BDI, que fue más rápida en la TCS que en la PPB, por

cuanto a los tres meses habían remitido el 45% de los pacientes en TCS y sólo el 30% de los pacientes en PPB. Sin embargo, en las mediciones al año ya no se detectaron diferencias, habiendo remitido el 52% de los pacientes en TCS y el 56% de los pacientes en PPB. Por otro lado, la PPB se mostró superior a la TCS a la hora de reducir los trastornos de personalidad en los pacientes de este grupo. Los dos tratamientos tuvieron también un impacto moderado en el funcionamiento social, con un 50% de reincorporación laboral a los 12 meses.

Los estudios controlados que hemos revisado permiten extraer algunas nuevas **conclusiones:**

1. En los cinco estudios de resultados con grupo de control “no tratamiento” que hemos revisado la TCS resultó ser eficaz. En el caso de los estudios de Cockburn y cols. (1997) y de Lindfors y Magnusson (1997) este efecto fue, además, de considerable magnitud.

2. Los dos mejores estudios comparativos, el de Sundstrom (1993) y el de Knekt y Lindfors (2004), muestran que la TCS fue al menos tan eficaz como tratamientos alternativos bien definidos para casos de depresión y ansiedad. En el segundo estudio se comprueba además que los pacientes de la TCS mejoran más rápidamente que los pacientes del tratamiento alternativo, lo que coincide con los datos de Lambert y su equipo (Lambert y cols., 1998). De todas formas, la investigación de Lambert y cols. (1998) confirma de nuevo que, dentro de la brevedad del tratamiento, un número mayor de sesiones permite ir aumentando el porcentaje de mejorías.

3. El número de sesiones sigue siendo bajo. En algunos de estos estudios la intervención es mínima (una sola sesión) en virtud del propio diseño, o está limitada a un máximo de 6-8 sesiones. Cuando no hay límite prefijado, el número de sesiones es algo mayor, pero dentro de márgenes muy razonables (promedio de 10 sesiones en el estudio de Knekt y Lindfors). El estudio de Vaughn y cols., (1996) también sugiere que de hecho la TCS permite reducir el número de sesiones respecto de tratamientos alternativos. Además, en algunos casos el entrenamiento de los terapeutas fue

extremadamente breve (un día en el estudio de Lafountain y Garner, 1996; dos horas en el estudio de Sundstrom, 1993) y pese a ello la TCS mostró efectos positivos.

4. Pese a que en principio todos los estudios controlados muestran resultados positivos para la TCS, los datos también nos hablan de fracaso terapéutico. Así, pese a los buenos resultados para la TCS y la PPB en el estudio finlandés (Knekt y Lindors, 2004), que se comparan favorablemente con, por ejemplo, los del clásico estudio NIMH de depresión, no deja de ser cierto que un 48% de los pacientes deprimidos tratados con TCS en esta investigación no llegaron a la remisión al término de la terapia (según el BDI). El estudio de Lambert y cols. (1998), también arroja datos similares, por cuanto al final del tratamiento más de la mitad de los pacientes no se habían recuperado clínicamente según el criterio utilizado. Y en la investigación realizada en la penitenciaría sueca, pese a la clara superioridad de la TCS sobre el tratamiento convencional, a los 12 meses recayó el 53% de los internos tratados con TCS, y a los 16, el 60% (Lindorss y Magnusson, 1997).

Conclusiones derivadas de las investigaciones de resultado sobre TCS

Aunque hemos ido haciendo algunas valoraciones respecto de cada tipo de investigación revisada hasta ahora, nos gustaría cerrar con algunas conclusiones más globales:

*Aunque muchas de las investigaciones sobre TCS presentan importantes insuficiencias metodológicas, hay también un número considerable de **investigaciones de buena calidad**, que utilizan instrumentos estandarizados aplicados a muestras homogéneas y bien descritas. En los primeros estudios los tratamientos centrados en soluciones no se describían adecuadamente, pero en los últimos años se va imponiendo el empleo de manuales de tratamiento, sobre todo en los estudios controlados. De todas formas, algunos de los estudios controlados examinan mini-versiones (en una sola sesión) de la TCS, y otros mezclan la TCS con otros tipos de tratamientos psicoterapéuticos y medicamentosos. La variable “terapeuta” no siempre se tiene en cuenta.

*A nuestro entender, los estudios de resultados publicados hasta la fecha, y en especial los mejor controlados, dan un **apoyo importante a la eficacia de la TCS**. En general, parece que entre dos tercios y tres cuartos de los clientes de la TCS se benefician en mayor o menor medida del tratamiento. Sin embargo, estas cifras son compatibles con la constatación de que existe una **considerable tasa de fracasos**, ya que entre el 8% y el 48% de los casos (según los estudios) no mejoran en TCS. Además, los casos que mejoran no llegan necesariamente a una recuperación clínica completa

*Las investigaciones realizadas también **confirman la eficiencia de la TCS**. Por una parte, porque en todos los estudios **el promedio de sesiones es realmente bajo**, situándose por debajo de las 6 sesiones en la mayoría de los estudios. Por otra, porque hay algunos datos que parecen confirmar que, en comparación directa con otros tratamientos, la TCS es efectivamente **más breve** (Vaghn y cols., 1996; Knekt y Linfors, 2004) y consigue producir **antes** sus efectos (Lambert y cols., 1998; Knekt y Linfors, 2004). Además, cuando se han realizado seguimientos a medio plazo (más de un año) los datos parecen sugerir que, en general, **las mejorías conseguidas durante la terapia tienden a mantenerse** en el tiempo.

*Por el momento **no hay datos que nos permitan saber si la TCS está más indicada para unos casos que para otros**. Aunque hay algunas investigaciones no controladas que parecen sugerir que la TCS es más eficaz para problemas “personales” que para problemas “interpersonales” (Beyebach y cols.2000, Darmody y Adams, 2003; Fischer, 2004), y que su eficacia es menor con los problemas más crónicos, lo cierto es que la mayoría de los estudios no controlados no encuentran diferencias en cuanto a la eficacia de la TCS ni en función del tipo de problema, ni en función de la edad, sexo o clase social de los clientes. Además, los estudios controlados muestran resultados positivos para problemas muy dispares, desde las lesiones de columna hasta la depresión o la violencia en la pareja. También interesa destacar que los problemas atendidos no son únicamente “problemas leves”, como a veces se reprocha a la TCS. Por el contrario, los mejores estudios se han realizado trabajando con poblaciones “difíciles”, como pacientes esquizofrénicos, delincuentes toxicómanos o agresores domésticos. En otras palabras, de lo dicho hasta ahora podríamos concluir que la TCS puede ser eficaz en

principio para cualquier tipo de situación y de cliente... pero puede igualmente resultar ineficaz.

*Parecería por tanto que el resultado de la TCS depende de factores que tienen más que ver con lo que sucede entre un terapeuta dado y sus clientes, que con variables previas más o menos estáticas. De hecho, tenemos ya un conjunto importante de estudios de proceso y de proceso-resultado que examinan en detalle lo que sucede dentro de una terapia centrada en soluciones. El análisis de esta literatura será objeto de otra revisión.

Referencias

- Beyebach, M., Rodríguez, M. S., Arribas de Miguel, J., Herrero de Vega, M., Hernández, C., Rodríguez-Morejón, A. (2000). Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies, 19*, 116-128.
- Beyebach, M., Morejón, A. R., Palenzuela, D.L., Rodríguez-Arias, J. L. (1996). Research on the process of solution-focused brief therapy. En Miller S., Hubble, A., y Duncan, L. (Eds), *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy* (pp. 299-334). Jossey-Bass: San Francisco.
- Burr, W. (1993). Evaluation der Anwendung lösungsorientierter Kurztherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. *Familiendynamik, 18*, 11-21.
- Cockburn, J. T., Thomas, F. N., y Cockburn, O. J. (1997). Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation, 7*, 97-106.
- Cruz, J., y Littrell, J. M. (1998). Brief counseling with Hispanic American college students. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 26*, 227-238.
- Darmody, M., y Adams, B. (2003). Outcome research on solution-focused brief therapy. *Journal of Primary Care Mental Health, 7*, 70-75.
- De Jong, P. y Hopwood, L. E. (1996). Outcome research on treatment conducted at the Brief Family Therapy Center, 1992-1993. En S. D. Miller, M. A. Hubble y B. Duncan (Eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy: foundations, applications, and research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 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*, 207-222.
- de Shazer, S. e Isebaert, L. (2003). The Bruges Model: a solution-focused approach to problem drinking. *Journal of Family Psychotherapy, 14*, 43-52.
- Eakes, G., Walsh, S., Markowski, M., Cain, H., y Swanson, M. (1997). Family-centred brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study. *Journal of Family Therapy, 19*, 145-158.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1982). *The tactics of change*. New York: Norton.
-

-
- Fischer, R. L. (2004). Assessing Client Change in Individual and Family Counseling. *Research on Social Work Practice, 14* (2), 102-111.
- Franklin, C., Corcoran, J., Nowicki, J., y Streeter, C. L. (1997). Using client self-anchored scales to measure outcomes in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies, 16* (3), 246-265.
- Franklin, C., Biever, J. L., Moore, K. C., Clemons, D., y Scamardo, M. (2001). The effectiveness of solution-focused therapy with children in a school setting. *Research on Social Work Practice, 11*, 411-434.
- George, E., Iveson, C., Ratner, H. (1990). *Problem to Solution*. London: Brief Therapy Press.
- Gingerich, W. J., y Eisengart, S. (2000). Solution focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family Process, 39*, 477-498. Fifteen outcome studies traced and reviewed.
- Johnson, L. D., y Shaha, S. (1996). Improving quality in psychotherapy. *Psychotherapy, 33*, 225-236.
- Knekt, P. y Lindfors, O. (2004). *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up*. Studies in social security and health, no. 77. The Social Insurance Institution, Helsinki, Finland.
- LaFountain, R. M., y Garner, N. E. (1996). Solution-focused counselling groups: the results are in. *Journal for Specialists in Group Work, 21*, 128-143.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E., y Johnson, L. D. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice, 29* (1), 63-70.
- Lee, M. Y., Greene, G. J., Mentzer, R.A., Pinnell, S., Niles, D. (2001). Solution-focused brief therapy and the treatment of depression: a pilot study. *Journal of Brief Therapy, 1*, 33-49.
- Lee, M. Y., Sebold, J., y Uken, A. (2003). *Solution-focused treatment of domestic violence offenders*. Oxford: New York.
- Lindfors, L., y Magnusson, D. (1997). Solution-focused therapy in prison. *Contemporary Family Therapy, 19*, 89-104.
- Littrell, J. M., Malia, J. A., y Vanderwood, M. (1995). Single-session brief counseling in a high school. *Journal of Counseling and Development, 73*, 451-458.
- Macdonald, A. J. (2005). Brief therapy in adult psychiatry: results from 15 years of practice. *Journal of Family Therapy, 27*, 65-75.
- Milner, J., y Jessop, D. (2003). Domestic violence: narrative and solutions. *Probation Journal, 50*, 127-141.
- Shennan, G. (2003). The early response project: a voluntary sector contribution to CAMHS. *Child And Adolescent Mental Health In Primary Care, 1*, 46-50.
- Springer, D. W., Lynch, C., y Rubin, A. (2000). Effects of a solution-focused mutual aid group for Hispanic children of incarcerated parents. *Child and Adolescent Social Work, 17*, 431-442.
- Sundstrom, S. M. (1993). *Single-session psychotherapy for depression: Is it better to focus on problems or solutions?* Tesis Doctoral no publicada, Iowa State University, Ames IA.
- Thompson, R., y Littrell, J. M. (2000). *Brief counseling for students with learning disabilities*. The School Counselor (in press).
-

Watzlawick, P., Beavin, B. J., Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. Barcelona: Herder.

Wheeler, J. (1995). Believing in miracles: the implications and possibilities of using solution-focused therapy in a child mental health setting. *ACPP Reviews and Newsletter*, 17, 255-261.

Zimmerman, T. S., Jacobsen, R. B., MacIntyre, M., y Watson, C. (1996). Solution-focused parenting groups: an empirical study. *Journal of Systemic Therapies*, 15, 12-25.

Zimmerman, T. S., Prest, L. A., y Wetzel, B. E. (1997). Solution-focused couples therapy groups: an empirical study. *Journal of Family Therapy*, 19, 125-144.
