

Original

## Evaluación de resultados naturalística en psicoterapia

José Eduardo Rodríguez Otero<sup>a,\*</sup>, Ricardo Vázquez Gómez<sup>b</sup>, Fátima Sobrino Rey<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Salud Mental de Cangas. Servicio de Psiquiatría. Área Sanitaria de Vigo. Servizo Galego de Saúde (SERGAS). Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS). CIBERSAM

<sup>b</sup> Centro de Intervención Psicológica Avelaña (Práctica Privada)

<sup>c</sup> Quirón Prevención Vigo

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 16 de junio de 2020

Aceptado el 9 de noviembre de 2020

Online el 10 de Junio de 2021

#### Palabras clave:

Evaluación de resultados

Psicoterapia

Terapia breve centrada en soluciones

Práctica basada en la evidencia

#### Keywords:

Outcomes assessment

Psychotherapy

Solution-focused brief therapy

Evidence-based practice

### R E S U M E N

**Introducción:** La evaluación naturalística de resultados en psicoterapia es una necesidad del clínico para valorar la efectividad de su trabajo y, de esta manera, corregir las posibles deficiencias en su desempeño. El presente estudio valoró los resultados de una intervención psicoterapéutica realizada desde la terapia centrada en soluciones de un psicólogo clínico en su práctica privada durante cinco años. Además, se evaluó la relación de los resultados con diferentes variables sociodemográficas, clínicas y de modelo, en busca de un perfil que se beneficiase especialmente del proceso psicoterapéutico.

**Material y métodos:** La muestra estuvo formada por 249 personas entre 11 y 78 años. Se realizó una evaluación naturalística implementando un protocolo de evaluación de resultados en el trabajo clínico cotidiano. Se administró la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) para valorar la gravedad de la sintomatología y el menoscabo de los casos. También se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas y de modelo.

**Resultados:** El 75.5% de la muestra tuvo un resultado de éxito en terapia. Este porcentaje subió hasta el 85.8% si solo se tenían en cuenta las personas que se consideraban que habían finalizado el tratamiento psicoterapéutico. La edad, la etapa vital, la gravedad sintomatológica y el haber estado anteriormente en tratamiento terapéutico se relacionaron, aunque de forma débil, con los resultados.

**Conclusiones:** Estos resultados apoyan la hipótesis de la efectividad de la psicoterapia y la solidez de la misma en diferentes perfiles sociodemográficos y clínicos.

## Naturalistic outcomes assessment in psychotherapy

### A B S T R A C T

**Introduction and objectives:** The naturalistic outcomes assessment in psychotherapy is a requirement for the clinician to evaluate the effectiveness of his work and, in this way, correct possible deficiencies in his performance. The present study evaluated the outcomes of a psychotherapeutic intervention carried out from the solution-focused therapy of a clinical psychologist in his private practice for five years. In addition, the relationship of the outcomes with different sociodemographic, clinical and model variables was evaluated, in search of a profile that would benefit especially from the psychotherapeutic process.

**Material and methods:** The sample was comprised of 249 people aged 11 and 78 years. A naturalistic evaluation was carried out implementing a protocol for assessing outcomes in the routine clinical work. The severity of the symptoms and the impairment of the cases were measured by the Global Assessment Functioning Scale (GAF). Sociodemographic, clinical and model variables were also evaluated.

**Results:** 75.5% of the sample had a successful outcome in therapy. This percentage rose to 85.8% if only people who were considered to have completed psychotherapeutic treatment were taken into account. Age, life stage, symptomatic severity, and having previously been in therapeutic treatment were related, although weakly, to the results.

**Conclusions:** These outcomes support the hypothesis of the effectiveness of psychotherapy and its strength in different sociodemographic and clinical profiles.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jose.eduardo.rodriguez.otero@sergas.es](mailto:jose.eduardo.rodriguez.otero@sergas.es) (J. E. Rodríguez Otero).

## Introducción

La evaluación de los resultados de la psicoterapia ha sido objeto de múltiples estudios desde que a principios de la década de los 50 se cuestionara su efectividad frente a la remisión espontánea (Eysenck, 1952). En la actualidad se considera que la psicoterapia tiene efectos grandes, significativos, constantes en la mayoría de condiciones diagnósticas y sin diferencias entre escuelas (American Psychological Association, 2013; Norcross y Lambert, 2018). El tamaño del efecto encontrado frente a lo no psicoterapia está entre 0.8 y 0.85 (Smith, Glass y Miller, 1980; Wampold e Imel, 2015) y mejorías entre el 65-70% de los consultantes (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986).

No se ha encontrado un perfil sociodemográfico claro que se beneficie de la psicoterapia. Respecto al sexo, la tendencia es a no encontrar diferencias en los resultados en función del mismo (Corbella y Botella, 2004). La edad tampoco parece tener un papel significativo (Lambert, 1982), pero si hay alguna tendencia en los resultados es hacia que los jóvenes consigan más beneficios (Smith et al., 1980). El nivel socioeconómico y educativo se relaciona con el nivel de compromiso y duración de la terapia, siendo menor en aquellos con un estatus socioeconómico bajo (Lorion, 1973). Otros estudios señalan que las carencias socioeconómicas también afectan negativamente a los resultados (Rodríguez-Arias, Otero Larrea, Venero Celis, Ciordia Rada y Vázquez Fondó, 2004).

Las investigaciones señalan que los resultados de la psicoterapia se ven más influidos por los niveles de severidad de la patología que por el diagnóstico realizado (American Psychological Association, 2013). De esta manera, los niveles moderados de malestar pueden resultar motivantes, potenciar el compromiso terapéutico y, con ello, obtener mejores resultados que la afectación leve (Corbella y Botella, 2004). La afectación grave, sobre todo cuando va acompañada de algún problema somático o trastorno de personalidad, tiende a dificultar el proceso terapéutico (Hoencamp, Haffmans, Duivenvoorden, Knegtering y Dijken, 1994).

La terapia breve centrada en soluciones, como una forma de desarrollar la terapia familiar sistémica y base de la intervención en este estudio, evalúa diversas variables relevantes en su conceptualización de modelo que han sido vinculadas con los resultados del tratamiento. Informar de mejorías entre la solicitud de la consulta y la primera sesión, el llamado cambio pretratamiento (Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987), está relacionado con mejores resultados finales (Beyebach, Rodríguez Morejón, Palenzuela y Rodríguez-Arias, 1996; Rodríguez Morejón, 2004). Señalar en primera sesión momentos en los que el problema no ocurre, las denominadas excepciones (de Shazer, 1988), también se vinculan con éxitos en terapia (Rodríguez-Arias et al., 2004). Por el contrario, la manifestación del consultante de su intención de hacer lo que se le proponga para el logro de los objetivos, es decir, posicionarse como comprador (de Shazer, 1988), es relevante para ajustar las tareas que se le piden y el enfoque en terapia, pero no se vincula con mejores resultados que una posición de no comprador (Rodríguez-Arias et al., 2004).

La evaluación de resultados en el ámbito clínico de manera naturalística es un imperativo ético y pragmático. Es pragmático porque señala la necesidad de cambios cuando los resultados no son los esperados. Y es ético porque ayuda a las personas a mejorar en los tiempos que se considera oportuno para ello, reduciendo así el sufrimiento, tiempo sufriendo y costes de intervención. Para estos fines, no es suficiente una idea general de los resultados, sino que hace falta una valoración detallada de los mismos.

El objetivo de este estudio fue valorar los resultados de la intervención psicoterapéutica realizada por un psicólogo clínico en el ámbito privado y comprobar si esos resultados se asociaban con determinadas variables sociodemográficas, clínicas o del modelo de terapia breve centrada en soluciones.

## Material y métodos

### Participantes

La muestra se extrajo de las 298 personas que acudieron, entre enero de 2012 y diciembre de 2016, a la consulta privada de un psicólogo clínico con 7 años de experiencia y orientación sistémica dentro de la terapia breve centrada en soluciones.

**Tabla 1**  
Características socio – demográficas y clínicas de la muestra

	N=249
<b>Características sociodemográficas</b>	
Mujeres	121 (48.6%)
Edad media (SD)	36.14 (14.50)
Etapa vital	
Infancia	3 (1.2%)
Adolescencia	31 (12.4%)
Juventud	62 (24.9%)
Adultos	148 (59.4%)
Tercera Edad	5 (2%)
Estado civil	
Soltero/a	125 (50.2%)
Casado/a	98 (39.4%)
Separado/a o divorciado/a	21 (8.4%)
Viudo/a	5 (2%)
Nivel educativo	
Universitario/a	85 (34.1%)
Bachillerato o equivalente	78 (31.3%)
Secundaria o equivalente	49 (19.7%)
Primaria o equivalente	32 (12.9%)
Lee y escribe	5 (2%)
Actividad laboral	
Técnico superior y medio	42 (16.9%)
Trabajo cualificado	45 (18.1%)
Trabajo no cualificado	68 (27.3%)
Tareas domésticas	13 (5.2%)
Estudiante	50 (20.1%)
Paro	22 (8.8%)
Jubilado/a	9 (3.6%)
<b>Características clínicas</b>	
Diagnóstico	
Trastornos del estado de ánimo	50 (20.1%)
Trastornos de ansiedad	49 (19.7%)
Trastornos adaptativos	25 (10%)
Otros diagnósticos	125 (50.2%)
Tratamiento psicoterapéutico anterior	
Tratamiento psicoterapéutico simultáneo	13 (5.2%)
Tomando psicofármacos	88 (35.3%)
Incapacidad laboral transitoria por cuestiones psicológicas	16 (6.4%)

Se excluyeron todos aquellos casos que no estuvieran terminados con fecha 31 de diciembre de 2016 (49 participantes). Finalmente, la muestra estuvo compuesta por 249 personas, 121 mujeres (48.6%) y 128 hombres (51.4%). La edad media fue de 36.14 años (rango 11-78).

Los principales motivos de consulta fueron los trastornos del estado de ánimo (20.1%), los de ansiedad (19.7%) y los adaptativos (10%). El restante 50.2% se correspondieron con problemas relacionales, de inicio en la infancia, del control de impulsos, trastornos psicóticos, etc.

La **tabla 1** muestra las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

## Instrumentos

Protocolo de evaluación de resultados de Rodríguez-Arias (Rodríguez-Arias y Venero Celis, 2006). En este protocolo se recogen los siguientes datos al finalizar el tratamiento psicoterapéutico:

1. Consecución de cada uno de los objetivos pactados al inicio de la terapia (no conseguido, conseguido parcialmente o totalmente conseguido).
2. Referencia en pasado a la queja presentada al inicio (sí / no).
3. Información sobre el cambio en la queja que presentaba el participante (peor, igual, pequeña mejoría, mejoría o resolución total).
4. Información sobre el cambio del proceso que mantenía el problema (peor, igual, pequeña mejoría, mejoría o resolución total).
5. Información sobre el cambio de la queja de la familia (peor, igual, pequeña mejoría, mejoría o resolución total).

De acuerdo con estas calificaciones, el resultado final de un tratamiento psicoterapéutico puede ser considerado como:

- **Éxito:** Es necesario que se disponga de, al menos, uno de los dos indicadores denominados objetivos, es decir, la referencia en pasado a la queja o la consecución de algún objetivo que haya sido definido de una forma observable. Si no se obtiene ningún indicador objetivo, se requiere el acuerdo entre el terapeuta, el participante y su familia, de ser el caso, respecto a las mejorías conseguidas en terapia.
- **Fracaso:** Cuando no se cumplen los criterios de éxito. No se obtienen indicadores objetivos de resultado ni hay un acuerdo entre el terapeuta, el participante y su familia respecto a los logros obtenidos con el tratamiento psicoterapéutico.
- **Otros:** No hay información suficiente para valorar los indicadores de resultado. Suele suceder cuando el caso finaliza en la primera sesión y no cumple criterios de abandono. Es una categoría residual.
- **Abandono:** Cuando al final de una primera sesión se programa una segunda a la que el participante no acude. En caso de que la falta de asistencia se produjera tras una segunda sesión o sucesiva, se valoraría el caso como éxito, fracaso u otros en función de la última información disponible.

Como indicadores de resultado también se registraron el número de sesiones y los días en terapia (días transcurridos entre la primera y última sesión), considerándose un éxito más eficiente aquel que se consiga antes y/o en menos sesiones.

Este protocolo de evaluación de resultados ha sido empleado en anteriores estudios con tasas de éxito entre el 61.85% y el 82% y una media de 3.84 a 5.1 sesiones (González González et al., 2014; López Ozores y Muñoz Torrado, 2014; Muñoz Torrado, 2004; Pérez Grande, 1991; Rodríguez-Arias et al., 2004). En la tabla 2 se exponen los principales datos de estas investigaciones.

- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG; American Psychiatric Association, 2000; Bobes, García-Portilla, Bascarán, Saiz y Bousoño, 2002). Cumplimentada por el clínico en función

de la gravedad de los síntomas del participante o el menoscabo que le producen en el ámbito social, laboral o escolar. La puntuación se realiza en una escala entre 1 (mayor gravedad, expectativa de muerte) y 100 (menor gravedad, actividad vital totalmente satisfactoria). Puntuaciones por debajo de 50 indican síntomas o menoscabo grave, entre 51 y 60 síntomas o menoscabo moderado y por encima de 60 está el espectro más leve de lo sintomático o de la afectación de la actividad general.

- Variables de modelo de la terapia breve centrada en soluciones. Mediante la entrevista clínica en la primera sesión se evaluaron, en formato sí/no, si estaban presentes las siguientes variables:
  - Cambio pretratamiento. Mejorías en la problemática presentada que suceden entre la petición de consulta y la primera sesión.
  - Excepciones. Situaciones en las que la queja mejora o no se produce.
  - Comprador. Manifestación del participante de su intención de hacer lo que se le proponga para alcanzar sus objetivos y resolver la queja presentada.

## Procedimiento

Para este estudio se optó por una metodología naturalista porque se buscaba maximizar la validez ecológica de la evaluación y se asume que la evaluación de resultados es una parte más del trabajo clínico cotidiano.

En la primera consulta se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad, etapa vital, estado civil, nivel educativo y actividad laboral), clínicos (diagnóstico, si había realizado un tratamiento psicoterapéutico anterior, si estaba participando simultáneamente en otra psicoterapia, si tomaba psicofármacos y si estaba en situación de incapacidad laboral transitoria por cuestiones psicológicas), se evaluó la EEAG y, a través de la entrevista, se puntuó como sí/no las variables específicas del modelo de terapia breve centrada en soluciones.

El psicólogo clínico incorporó a su intervención psicoterapéutica cotidiana el protocolo de evaluación de resultados de Rodríguez-Arias (Rodríguez-Arias y Venero Celis, 2006). En esta intervención se realizaron sesiones de una hora de duración con periodicidad quincenal dentro del marco de trabajo del enfoque centrado en soluciones (de Shazer, 1988). No hubo un límite máximo de sesiones. Se procedió a la finalización de la terapia cuando terapeuta y participante consideraron que los objetivos se habían logrado, o estaban bien encaminados, y la queja había mejorado de forma significativa. También se pactó el alta cuando se estimaba que realizar más sesiones de terapia no supondría un beneficio para el participante.

En la última entrevista realizada se valoraron cada uno de los objetivos programados para la intervención psicoterapéutica (no conseguido, conseguido parcialmente o totalmente conseguido); el cambio en la queja del participante, de la queja de la familia y del proceso que mantenía el problema (peor, igual, pequeña mejoría, mejoría o resolución total) y si se refirió al problema en pasado (sí/no).

**Tabla 2**

Datos de estudios que emplean el Protocolo de Evaluación de Resultados de Rodríguez-Arias y Venero-Celis (2006)

Autores y Año	Contexto	N	Mujeres	Media edad	Casados/as	Tratamiento previo	Éxito	Fracaso	Media sesiones
González – González et al., 2014	Público	1962	69.8%	38.96	51.4%	52.2%	61.85%	38.15%	---
López-Ozores y Muñoz Torrado, 2014	Privado	150	49.3%	26.2	19.3%	49%	77.5%	22.5%	3.84
Muñoz Torrado, 2004	Privado	50	60%	23	31%	35.4%	82%	18%	5.1
Pérez Grande, 1991	Privado	70	53.2%	---	---	53.3%	65.7%	34.3%	5
Rodríguez -Arias et al., 2004	Público	785	66.4%	---	40.9%	43.9%	76.6%	23.4%	4.3

En caso de que el participante no acudiera a una sesión programada, se esperaron seis meses para considerar que se había finalizado el proceso terapéutico y se emplearon los datos relativos a la última consulta que hubiera acudido para categorizarlo como éxito, fracaso, otros o abandono.

### Análisis de datos

Se analizaron los datos descriptivos de los resultados obtenidos en la muestra global. Tras descartar los considerados como otros y abandono, se obtuvieron los datos de resultados, número de sesiones y días de terapia para todos aquellos casos que realizaron un tratamiento psicoterapéutico.

Posteriormente se relacionó el resultado, el número de sesiones y los días en terapia con las variables sociodemográficas, clínicas y de modelo.

Se exploró la relación de la variable cualitativa de resultado con otras variables cualitativas mediante tablas de contingencias y comparaciones con chi cuadrado. El vínculo entre el resultado y las variables cuantitativas se estudió con la comparación de medias entre muestras independientes (t de Student) y ANOVA.

Tras comprobar que las variables no seguían una distribución normal, se hicieron coeficientes de correlación de Spearman para relacionar el número de sesiones y días de terapia con las variables cuantitativas a estudio, y comparaciones de medias entre muestras independientes (t de Student) y ANOVA para relacionarlas con las otras variables cualitativas.

### Resultados

El 75.5% de la muestra (n=249) tuvo un resultado de éxito en la psicoterapia. Pero no toda la muestra realizó psicoterapia porque 10 participantes (4.01%) fueron catalogados como otros y 20 (8.03%) como abandono. Por lo tanto, de los 219 participantes que finalizaron el proceso terapéutico, el 85.8% tuvieron éxito, con una media de 5.66 sesiones y 119.46 días transcurridos entre el inicio y el fin de la terapia. El 14.2% restante se consideraron fracasos y tuvieron un promedio de 5.55 sesiones y 90.81 días de terapia. No hubo diferencias significativas entre la media de las sesiones ( $F=0.1$ ,  $p=.905$ ) y los días en terapia ( $F=1.11$ ,  $p=.294$ ) de los casos considerados como éxito y fracaso. En la [tabla 3](#) se exponen los principales resultados de este estudio.

**Tabla 3**

Resultado del tratamiento (porcentaje y número de participantes). Media del número de sesiones y días de terapia para cada resultado del tratamiento.

	Muestra global	Psicoterapia <sup>a</sup>	Núm. sesiones	Días terapia <sup>b</sup>
Éxito	75.5% (188)	85.8% (188)	5.66	119.46
Fracaso	12.4% (31)	14.2% (31)	5.55	90.81
Otros	4% (10)			
Abandono	8% (20)			
Media global			5.65	115.35

Nota: <sup>a</sup> Resultados para aquellos casos que se considera que finalizaron el tratamiento psicoterapéutico; <sup>b</sup> Días entre la primera y la última consulta realizada

La media de la EEAG fue de 43.82, con una desviación típica de 9.88 y un rango entre 20 y 75. Descartando a los considerados como otros y abandono, es decir, incorporando al análisis sólo a los que finalizaron el proceso terapéutico, la media de la EEAG fue de 43.4, con una desviación típica de 9.56 y un rango entre 20 y 70.

El 32.5% de la muestra informó de cambio pretratamiento, en el 87.6% de los casos se detectaron excepciones en la primera sesión y el 48.6% se posicionó como comprador en la terapia. Entre los que finalizaron el proceso terapéutico, hubo un 34.7% con cambio pretratamiento, 87.2% con excepciones en primera sesión y el 51.1% fueron compradores.

A continuación, se relacionan las variables sociodemográficas, clínicas y de modelo con los resultados del tratamiento, el número de sesiones y los días en tratamiento. Para este análisis sólo se tuvieron en cuenta los participantes que finalizaron el tratamiento psicoterapéutico. En la [tabla 4](#) se muestran los principales resultados.

### Resultados del tratamiento

Ninguna variable sociodemográfica, clínica ni de modelo se relacionó de forma significativa con el resultado psicoterapéutico a excepción de haber recibido un tratamiento psicológico anterior ( $\chi^2(1)=3.983$ ,  $p=.046$ ). La relación entre estas variables, a pesar de ser significativa, fue débil ( $V=.135$ ,  $p=.046$ ). Los participantes que realizaron un tratamiento anterior tuvieron menos éxitos y más fracasos que aquellos que acudieron a terapia por primera vez.

### Número de sesiones y días en tratamiento

El número de sesiones y días en tratamiento se relacionó significativamente con la etapa vital ( $F=7.53$ ,  $p<.000$ ;  $F=8.84$ ,  $p<.000$ ). De tal manera que en la infancia y la adolescencia se realizaron más sesiones y más días de psicoterapia que en las otras etapas de la vida. La edad correlacionó de manera significativa y negativa con el número de sesiones ( $\rho=-.154$ ,  $p=.023$ ) pero no con los días en terapia ( $\rho=-.124$ ,  $p=.069$ ). No se encontraron correlaciones significativas entre el resto de variables sociodemográficas, el número de sesiones y los días en psicoterapia.

Las variables clínicas relacionadas con las sesiones y los días en terapia fueron la EEAG y la existencia de un tratamiento psicológico anterior. Respecto a la EEAG, hubo una correlación negativa significativa con el número de sesiones ( $\rho=-.211$ ,  $p=.002$ ) y los días en terapia ( $\rho=-.135$ ,  $p=.047$ ), de tal manera que puntuaciones más elevadas (de menos gravedad sintomatológica y/o menor menoscabo) se asociaron a menos sesiones y menos días de psicoterapia. Las personas que habían realizado un tratamiento psicológico anterior tuvieron 6.61 sesiones de media y 143.44 días de terapia frente a las 4.64 sesiones y 95.75 días de los que lo realizaban por primera vez, siendo en ambos casos significativa la diferencia ( $t=2.992$ ,  $p=.003$ ;  $t=-2.137$ ,  $p=.034$ ).

Las personas con tratamiento anterior tuvieron una EEAG media en primera sesión de 42.01 frente al 44.86 de los que acudieron por primera vez. Esta diferencia también fue significativa ( $t=2.225$ ,  $p=.027$ ).

Ninguna variable del modelo de terapia breve centrada en soluciones se asoció de forma relevante con el número de sesiones y los días en tratamiento

### Discusión y conclusiones

El 75.5% de la muestra tuvo un resultado de éxito. Entre los participantes que se considera que finalizaron el tratamiento psicoterapéutico, el porcentaje sube hasta el 85.8%. Esta cifra es ligeramente superior a la obtenida en otros estudios que empleaban la misma metodología de evaluación de resultados que ofrecían datos de éxito entre el 61.85% y el 82% ([González González et al., 2014](#); [López Ozoers y Muñoz Torrado, 2014](#); [Muñoz Torrado, 2004](#); [Pérez Grande,](#)

**Tabla 4**  
Variables sociodemográficas, clínicas y de modelo relacionadas con los indicadores de resultado

	Resultado Éxito / Fracaso		Número de sesiones		Días en terapia <sup>a</sup>	
	Estadístico	Sig.	Estadístico	Sig.	Estadístico	Sig.
<b>Variables sociodemográficas</b>						
Sexo	$\chi^2(1)=1.00$	.316	$t(217)=-0.33$	.742	$t(215)=-1.05$	.293
Edad	$t(217)=-0.81$	.419	$\rho=-.154$	.023*	$\rho=-.124$	.069
Etapa vital	$\chi^2(4)=2.31$	.679	$F(4,214)=7.53$	<.001**	$F(4,212)=8.84$	<.001**
Estado civil	$\chi^2(4)=3.96$	.266	$F(3,215)=2.18$	.091	$F(3,213)=0.96$	.414
Nivel educativo	$\chi^2(4)=5.09$	.278	$F(4,214)=0.86$	.490	$F(4,212)=0.87$	.485
Actividad laboral	$\chi^2(6)=2.31$	.514	$F(6,212)=1.66$	.132	$F(6,210)=1.21$	.303
<b>Variables clínicas</b>						
Diagnóstico	$\chi^2(12)=26.02$	.051	$F(12,204)=2.02$	.054	$F(12,203)=0.97$	.476
Tratamiento anterior	$\chi^2(1)=3.98$	.046*	$t(162,98)=-2.99$	.004**	$t(172,49)=-2.11$	.036*
Tratamiento simultáneo	$\chi^2(1)=1.64$	.200	$t(217)=-1.04$	.298	$t(215)=-0.02$	.983
Medicación	$\chi^2(1)=0.02$	.896	$t(217)=-0.39$	.693	$t(215)=0.45$	.652
ILT <sup>b</sup>	$\chi^2(1)=1.20$	.273	$t(217)=-0.27$	.787	$t(215)=-0.25$	.803
EEAG	$t(217)=1.12$	.262	$\rho=-.211$	.002**	$\rho=-.135$	.047*
<b>Variables de modelo</b>						
Cambio pretratamiento	$\chi^2(1)=0.09$	.758	$t(217)=-0.10$	.916	$t(215)=-0.38$	.706
Excepciones	$\chi^2(1)=0.00$	.983	$t(217)=-0.05$	.963	$t(215)=-0.84$	.401
Comprador/a	$\chi^2(1)=0.52$	.472	$t(217)=-0.84$	.398	$t(215)=-1.18$	.241

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; <sup>a</sup> Días entre la primera y la última consulta realizada; <sup>b</sup> Incapacidad laboral transitoria por cuestiones psicológicas

1991; Rodríguez-Arias et al., 2004), y a otros estudios de referencia que señalan mejorías entre el 65% y el 70% (Lambert et al., 1986).

Los porcentajes de éxito obtenidos en este estudio pueden tener diferentes explicaciones. En esta metodología de evaluación son los terapeutas los que valoran la consecución de los objetivos y los cambios en la queja y éstos, en evaluación de resultados, han demostrado su escasa pericia al evaluar su desempeño, tendiendo a sobreestimarlo (Hannan et al., 2005; Walfish, McAllister, O'Donnell y Lambert, 2012). Por ello, a pesar de que la metodología exige la presencia de indicadores objetivos (hablar en pasado u objetivos con indicador conductual logrados) para poder considerar un caso como éxito, el sesgo de una posible tendencia a la sobreestimación no debe ser obviado.

Otro elemento destacable es que la metodología emplea como criterio fundamental de resultado la mejora en los objetivos terapéuticos pactados con el participante y no la reducción de síntomas evaluados mediante test de amplio espectro o específicos de patología. Las evaluaciones de resultados en psicoterapia que emplean como criterio de éxito las mejorías en los objetivos terapéuticos pactados obtienen mejores cifras de éxito que aquellas que se centran en la reducción de síntomas (Lindhiem, Bennet, Orimoto y Kolko, 2016).

La media del número de sesiones de los casos investigados fue de 5.65 (115.35 días de media entre la primera y última sesión), de los casos consideradores como éxito 5.66 (119.46 días en terapia), y de los fracasos 5.55 (90.81 días en terapia). Estas no se consideran diferencias significativas, si bien los casos exitosos tienen una duración, en días, ligeramente superior. El número de sesiones es coherente con el enfoque breve de la terapia centrada en soluciones. Esta espera mejorías notables en las primeras fases de la intervención. Si se producen se puede cerrar el caso y si no se consiguen, se puede acordar la terminación de mismo por falta de efectividad de lo realizado. Es por ello que los casos exitosos y fracasados tengan "dosis" terapéuticas similares.

Este estudio está en la línea de otros que sostienen que no hay un perfil sociodemográfico claro e inequívoco que se beneficie especialmente de recibir psicoterapia (Corbella y Botella, 2004) ya que el sexo, estado civil, nivel académico y el tipo de actividad laboral no se relacionan con los resultados en terapia. Se debe tener en cuenta

que la terapia centrada en soluciones destaca la importancia del ajuste del terapeuta a las características del consultante, minimizando, de esta manera, posibles diferencias en los resultados en función de perfiles sociodemográficos y clínicos. Otros estudios (American Psychological Association, 2013; Rodríguez-Arias et al., 2004), sin embargo, contradicen estos resultados indicando que un menor estatus socio-económico se vincula con más dificultades en terapia.

En este estudio, los niños y adolescentes necesitan más sesiones y días en terapia para obtener los mismos resultados que se logran en otros momentos vitales. El ritmo, más lento, que hay seguir para seguir para lograr una buena alianza terapéutica con los adolescentes (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006) puede explicar que se dilatan los tiempos en terapia frente a los adultos. Los adolescentes suelen acudir a terapia en estado precontemplativos de cambio, por lo que el periodo de enganche con el proceso terapéutico suele ser más prolongado.

Entre los hallazgos clínicos destacan los vinculados a la EEAG y a la participación previa en un proceso psicoterapéutico. Los casos más graves, aquellos con la EEAG más baja, necesitan más sesiones y días de terapia que aquellos casos más leves.

La otra variable relevante es que no estén ante su primer tratamiento psicoterapéutico. En ese caso lo esperable son más fracasos, más sesiones y más días en terapia. El tratamiento anterior y la EEAG tienen una relación significativa, encontrándose mayor gravedad y/o menoscabo en las personas que habían tenido un tratamiento previo. Este resultado se puede atribuir a una mayor posibilidad de recaída, y con ello de repetidas intervenciones psicoterapéuticas, de los casos más graves, pero tampoco se puede descartar que el tratamiento previo haya empeorado la situación del consultante, ya que entre un 5 y un 10% de los casos que acuden a consulta finalizan en un estado peor del que comenzaron (Lambert, 2013).

El resto de variables clínicas (diagnóstico, medicación, tratamiento simultáneo e incapacidad laboral transitoria por cuestiones psicológicas) no se vinculan con los resultados en terapia.

En relación a las variables del modelo de la terapia breve centrada en soluciones, el cambio pretratamiento, detectar excepciones en primera sesión o manifestar la posición de comprador no se relaciona con mejores resultados que lo opuesto. Esto contradice las investigaciones realizadas respecto al cambio pretratamiento

(Beyebach et al., 1996; Rodríguez Morejón, 2004) y las excepciones (Rodríguez-Arias et al., 2004), y reafirma lo encontrado en otros estudios respecto a que la posición, cuestiona la existencia de un perfil sociodemográfico y clínico claro, definitivo e incuestionable que se beneficie particularmente de la misma, si bien se señala la influencia que tiene haber participando previamente en un proceso psicoterapéutico, la edad, la etapa vital y la gravedad del caso en el resultado y en la duración de la terapia.

Los datos del estudio deben ser interpretados con prudencia por las limitaciones del mismo. Los resultados se obtienen con participantes que acuden a un solo psicólogo clínico que trabaja desde un modelo terapéutico concreto, por lo tanto no hay un control de los efectos del terapeuta (Barkham, Lutz, Lambert y Saxon, 2017). Tampoco se emplea un grupo control con el que se puedan comparar los cambios y, de esta manera, valorar si la intervención psicoterapéutica tiene un papel causal en los resultados o si, por el contrario, el paso del tiempo, los cambios extraterapéuticos u otros factores han tenido un papel fundamental.

Finalmente, este estudio tiene las limitaciones inherentes a la evaluación de resultados, ya que ésta refleja solamente dos situaciones temporales, la de la primera y la última sesión. Esto imposibilita conocer cuáles son las claves que explican la mejoría, el estancamiento o el empeoramiento en el tratamiento. Además, se realiza con una metodología de evaluación diseñada para evaluar los resultados en la terapia centrada en soluciones. Futuras investigaciones deben sustentar la definición de un método universal de evaluación de resultados, que sea considerado "gold standard" y permita seguir fundamentando la efectividad de la psicoterapia y las variables que se relacionan significativamente con el éxito. La evaluación de proceso y el feedback sistemático en sesión (Gimeno-Peón, Barrio-Nespereira y Prado-Abril, 2018; Lambert, Whipple y Kleinstäuber, 2018; Norcross y Lambert, 2018) suponen un enfoque prometedor al respecto, ya que ofrecen indicadores de resultado, facilitan la valoración de factores terapéuticos relacionados con el cambio y, adicionalmente, fomentan el ajuste cuando los casos no tienen la evolución esperada.

## Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy (Chic.)*, 53(1), 102.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J. y Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapist, and the law of variability. En L. Castonguay, y C. Hill, *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (págs. 13-16). Washington DC: American Psychological Press. <http://dx.doi.org/10.1037/0000034-002>.
- Beyebach, M., Rodríguez Morejón, A., Palenzuela, D. L. y Rodríguez-Arias, J. L. (1996). Research on the process of a solution-focused therapy. En S. D. Miller, M. A. Hubble, y B. L. Duncan, *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy* (págs. 299-334). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bobes, J., García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Saiz, P. A. y Bousoño, M. (2002). *Escala de evaluación de la actividad global (Global Activity Evaluation Scale)*. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Madrid: Psiquiatría Editores.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Vision Net.
- de Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of Psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Friedlander, M. L., Escudero, V. y Heatherington, L. (2006). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Prado-Abril, J. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 174-182. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>.
- González González, S., González Pescador, M., Iglesias García, M. C., Ruiz Torres, M., Rojo García, M. V., Sandoya Arozamena, M., ... Paz Caballero, D. (2014). Psychological treatment methods and outcomes in Spanish public mental health centres. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 17-32.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. y Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20108>.
- Hoencamp, E., Haffmans, P. M., Duivenvoorden, H., Knegtering, H. y Dijken, W. A. (1994). Predictor of (non)response in depressed outpatients treated with a three-phase sequential medication strategy. *Journal of Affective Disorders*, 31(4), 235-246. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327\(94\)90099-x](http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327(94)90099-x)
- Lambert, M. J. (1982). *The effects of psychotherapy*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (págs. 169-218). Nueva York: Wiley.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. y Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En S. L. Garfield, y A. E. Bergin, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (págs. 157-212). Nueva York: Wiley.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L. y Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy (Chic)*, 55(4), 520-537. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000167>.
- Lindhiem, O., Bennet, C. B., Orimoto, T. E. y Kolko, D. J. (2016). A Meta-Analysis of Personalized Treatment Goals in Psychotherapy: A Preliminary Report and Call for More Studies. *Clinical Psychology*, 23(2), 165-176. <http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12153>.
- López Ozores, I. y Muñoz Torrado, J. A. (2014). Estudio de los resultados obtenidos con Terapia Familiar Breve en un centro clínico privado. *Mosaico*, 59, 26-35.
- Lorion, R. P. (1973). Socioeconomic status and traditional treatment approaches reconsidered. *Psychological Bulletin*, 79(4), 263-270.
- Muñiz Torrado, 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.
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy (Chic.)*, 55(4), 303-315. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>.
- Pérez Grande, M. D. (1991). Evaluación de resultados en terapia sistémica breve. *Cuadernos de terapia familiar*, 18, 93-110.
- Rodríguez Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativa a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 45-55.
- Rodríguez-Arias, J. L. y Venero Celis, M. (2006). *Terapia familiar breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid: CCS.
- Rodríguez-Arias, J. L., Otero Larrea, M., Venero Celis, M., Ciordia Rada, N. y Vazquez Fondó, P. (2004). Estudio de evaluación de resultados en terapia familiar breve. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 2-10.
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Walfish, S., McAllister, B., O'Donnell, P. y Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110, 639-644. <http://dx.doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>.
- Wampold, B. E. y Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate (2nd ed.)*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S. y Gingerich, W. J. (1987). Building on pre-treatment change to construct the therapeutic solution: an exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13(4), 359-363.