

CAPÍTULO 12

EL PROCESO DE CAMBIO DURANTE LAS SESIONES DE TERAPIA FAMILIAR BREVE¹

MARGARITA HERRERO DE VEGA
MARK BEYEBACH
ANA RISCO LÁZARO
Universidad Pontificia de Salamanca

RESUMEN

Presentamos una replicación de la investigación de Scott Miller y sus colegas en Suecia (Reuterlov, 2000) acerca del cambio entre sesiones y del efecto de la técnica de «deconstrucción» en Terapia Centrada en las Soluciones. En nuestro estudio, hemos analizado 96 sesiones de Terapia Centrada en las Soluciones, comparando el informe que los clientes hacen al inicio de cada sesión sobre la mejoría o no de su problema, con la valoración del cambio al final de cada entrevista. A diferencia de los resultados obtenidos en el estudio sueco (Reuterlov, 2000), hemos encontrado que una buena parte (37,5%) de los clientes que empiezan no informando de mejorías, sí terminan la sesión indicando que su problema ha mejorado, lo que apoyaría el efecto positivo que puede tener la estrategia de deconstrucción en Terapia Centrada en las Soluciones. Por otra parte, nuestro estudio parece sugerir que la manera de formular la pregunta inicial por las mejorías (de forma presuposicional o de forma no-presuposicional) no tiene impacto sobre la respuesta de los clientes.

¹ Este estudio fue presentado en el Congreso de la European Brief Therapy Association, celebrado en el Trinity College de Dublín (Irlanda) los días 28-30 de septiembre de 2001, con el título «The process of change in solution-focused therapy».

PALABRAS CLAVE

Terapia breve, investigación de proceso, cambio en psicoterapia, preguntas de escala.

ABSTRACT

We present a replication of the swedish study of Scott Miller and his associates (Reuterlov, 2000) on between-sessions change in Solution-Focused Therapy. In our study, we analyzed 96 sessions of Solution-Focused Therapy, comparing the initial report clients give on their improvements, with their evaluation of change at the end of each session. In contrast with the swedish study (Reuterlov, 2000), we found that a higher proportion (37.5%) of clients that start not seeing any improvements in their situation, finish the session reporting improvements as indicated by their response to the Scaling Question. This might lend some empirical support to the usefulness of de-construction as a therapeutic strategy in Solution-Focused Therapy. On the other hand, our data seem to suggest that the way the opening question on improvements is posed (pressupositional *versus* non-pressupositional) does not have any impact on how clients respond.

KEY-WORDS

Brief therapy, process research, psychotherapeutic change, scaling questions

LA MONITORIZACIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN PSICOTERAPIA

En cualquier procedimiento psicoterapéutico el clínico se enfrenta a la necesidad de monitorizar el proceso de cambio de sus clientes a lo largo de la terapia. Esto es especialmente relevante en modelos terapéuticos como los de Terapia Familiar Sistémica, en los que intervención y evaluación van tan unidos que cualquier maniobra terapéutica tiene valor tanto de intervención como de evaluación (Minuchin, 1974). Pero el imperativo de seguir de cerca el proceso de cambio de los clientes se da también en aquellos otros modelos terapéuticos que en la práctica mantienen la división entre evaluación e intervención, e incluso en aquellos enfoques que parecen asumir que para determinados problemas existe un único procedimiento (supuestamente «empíricamente validado») de elección.

En cualquier caso, la pregunta que se ve abocado a plantearse el clínico de forma constante a lo largo del tratamiento (y no solamente al final del mismo) es si están funcionando sus intervenciones, si el paciente está

respondiendo a las mismas, si el ritmo de cambio es o no el adecuado. Y las respuestas se buscan de múltiples formas, bien apoyándose en el juicio clínico del terapeuta, bien utilizando instrumentos más o menos sofisticados que midan la evolución de los problemas, bien preguntando a los propios pacientes e incluso discutiendo con ellos las diversas alternativas terapéuticas que se ofrecen en función de la evolución de la terapia.

Una vez que se ha establecido si el paciente está cambiando (sea en términos de disminución de problema/patología, sea en términos de consecución de objetivos, o en relación con alguna de las variables que el modelo postule como centrales para el cambio), y cuánto está cambiando, se debe también valorar si los cambios constatados resultan o no adecuados. Esta valoración se suele hacer desde los parámetros del propio modelo que siga la terapeuta (que son los que definen qué debe cambiar, cómo, en qué orden y con qué ritmo), pero idealmente debería también hacerse desde criterios empíricos. Desde un punto de vista muy general, la investigación en psicoterapia parece apuntar a que la mayor parte de los cambios en cualquier terapia se produce en las diez primeras sesiones, y que aquellos pacientes que no experimentan mejoría alguna en las tres primeras tienen pocas probabilidades de mejorar ulteriormente (Miller, Duncan y Hubble, 1997), pero una referencia tan genérica es poco operativa ante la multiplicidad de posibles situaciones clínicas.

Una posibilidad de concretar más este marco general es la que plantean autores como Howard y Orlinski, que proponen comparar la evolución de un caso dado con los perfiles de cambio esperables en función de las características de diversas patologías (Howard y cols., 1996). Al fin y al cabo, parece lógico que la respuesta a la psicoterapia no sea igual de rápida, p.ej., en un caso de ansiedad de corta evolución que p.ej. en un caso crónico de anorexia. Otra opción sería la creación de los perfiles de cambio esperables para cada terapeuta en concreto (Duncan, Hubble y Miller, 2000). Así, si un terapeuta ha venido registrando los cambios de sus clientes y ha concluido que en sus casos exitosos la mayor parte de la mejoría se produce antes de la cuarta entrevista, sabrá que es poco probable que un caso que tras seis o siete entrevistas no haya mejorado, termine exitosamente. En tercer lugar, la abundante literatura sobre el impacto de diversos factores psicosociales sobre el resultado terapéutico (etapa del ciclo vital, existencia de apoyo social, etc.) ofrece muchas posibilidades para afinar aún más un pronóstico y una valoración personalizados.

Pese a que en la actualidad no existen suficientes datos para apoyar de forma empírica una valoración del proceso de cambio de los clientes (al menos no en la mayoría de los problemas que se tratan en psicoterapia), lo cierto es que resulta ineludible que esta valoración se produzca. Y a partir de ella, la terapeuta tomará decisiones sobre cómo modificar el abordaje terapéutico. Una posibilidad es limitarse a hacer un reajuste dentro de la estrategia terapéutica que esté siguiendo, modificando las técnicas que emplea o utilizando otras. Así, es posible que una psicoanalista decida reducir la frecuencia de sus interpretaciones; que un terapeuta cognitivo-conductual decida trabajar unas distorsiones cognitivas y no otras; o que un

terapeuta estructural de familia decida que para fortalecer el límite entre los padres y un hijo adolescente es preferible usar un abordaje indirecto desde el humor y no una confrontación directa. Una segunda opción es que el terapeuta se decida por un cambio de estrategia: la psicoanalista puede p.ej. cambiar el foco de sus interpretaciones; el cognitivo-conductual puede decidir aplazar el trabajo sobre las distorsiones cognitivas y centrarse más en la educación de la paciente sobre la dieta y sus efectos; o el terapeuta familiar del ejemplo anterior puede concluir que en vez de tratar de fortalecer el límite entre los padres y el hijo puede ser más eficaz promover la alianza entre éste y su hermana. Y la tercera alternativa es plantear incluso un cambio de modelo terapéutico, sea en forma de derivación a otros profesionales, o —en el caso de enfoques integradores multimodales— en forma de progresión hacia otra modalidad terapéutica. Así, la psicoanalista puede concluir que el paciente no está preparado para un análisis, y derivar a su paciente a una psicoterapia de apoyo. O el terapeuta familiar puede pasar a hacer un trabajo individual más intensivo con el chico.

Entendemos, por tanto, que en toda psicoterapia se da un proceso constante de toma de decisiones en el que se valora el grado de cambio de los pacientes, se mantiene o modifica la estrategia terapéutica en base a ello, y se monitoriza el efecto que estas posibles modificaciones de la estrategia producen a su vez en la evolución del paciente.

Monitorización del cambio en terapia familiar breve: la toma de decisiones en TCS

En el apartado anterior señalábamos la necesidad ineludible que se plantea en toda psicoterapia de monitorizar el cambio de los pacientes. En la Terapia Familiar Sistémica, y más aún en terapias familiares breves como la Terapia Centrada en las Soluciones (De Shazer, 1988, 1991, 1994), la valoración del cambio se hace incluso de forma más constante, ya que habitualmente los tratamientos constan de menos sesiones, y porque se considera que la propia sesión (la conversación entre terapeutas y clientes) es la principal herramienta de cambio. De ahí que se esperen (y se evalúen) mejoras de sesión a sesión, e incluso dentro de una sesión dada.

En lo que se refiere a la Terapia Centrada en las Soluciones, que es la modalidad de terapia que nosotros utilizamos (Beyebach, 1999), el modelo propone unas pautas de actuación (lo que en el lenguaje de otros modelos llamaríamos «protocolos») bien delimitadas (De Shazer, 1988, 1991, 1994; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989):

* La TCS prescribe que la terapeuta comience la segunda sesión, así como todas las posteriores, preguntando a los clientes por las mejoras que ha habido desde la sesión anterior. Se prescribe además que la forma de la pregunta sea *presuposicional* («¿Qué cosas van mejor?»), transmitiendo la presuposición de que de hecho habrá alguna mejora. Se descartan, por tanto, formulaciones no presuposicionales («¿Cómo están las cosas?», «¿Hay mejoras?», etc.).

*A partir de la respuesta que los clientes den a esta pregunta, la terapeuta seguirá una u otra línea de trabajo:

- a) Si al comienzo de la entrevista el cliente dice que ha habido mejoras desde la última cita, la tarea fundamental del terapeuta es recoger y ampliar esta descripción inicial, atribuir a los clientes el control sobre estos cambios y planificar los pasos siguientes. De esta forma, la mayor parte de la sesión se dedicará a obtener más detalles acerca de los progresos de los clientes: qué cosas han ido mejor, cuándo, dónde, cómo, con qué personas, qué efectos han tenido esas mejoras, etc. Y se tratará también de identificar qué es lo que los clientes han puesto de su parte para conseguir esas mejoras (control interno), a fin de poder promover que lo sigan haciendo en el futuro.
- b) Si al comienzo de la entrevista el cliente dice que no ha experimentado mejora desde la sesión anterior, la labor del terapeuta será «*deconstruir*» ese informe inicial, sin conformarse con esa primera respuesta. En otras palabras, la terapeuta tratará de identificar momentos en los que sí ha habido mejoras, circunstancias en las que sí se han registrado cambios.
Entre las formas de «deconstruir» un informe inicial de no-cambio están (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Rodríguez Morejón y Beyebach, 1997):
 - Buscar cambios en otras áreas de la vida de los clientes
 - Buscar cambios en otros segmentos temporales
 - Preguntar desde la perspectiva de terceras personas
 - Preguntar por cambios más pequeños
 - Preguntar cómo es que las cosas no están *peor*.

Si esta deconstrucción consigue que los clientes identifiquen cambios, se pasará al manejo ya explicado: ampliar, atribuir control y discutir los pasos siguientes. Si no, se pasa a lo que De Shazer denomina «hacer algo diferente»: modificar el formato de las entrevistas, variar su temporalización, trabajar más sobre las secuencias-problema, etc.

Por tanto, la estrategia básica es «si funciona, hágalo más», y «si no funciona, no siga haciéndolo, haga algo diferente» (De Shazer, 1988). En otras palabras, si la estrategia terapéutica que se está siguiendo no da resultados, se propone adoptar una estrategia diferente². Sin embargo, antes de optar

² Como hemos defendido en otro lugar (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1999), entendemos que a menudo las opciones que se suelen considerar dentro del rótulo «hacer algo diferente» suponen de hecho algo más que el reajuste o la modificación de una estrategia terapéutica, e implican a menudo un verdadero cambio de modelo, que difícilmente puede seguirse considerando «Terapia Centrada en las Soluciones».

por el cambio de estrategia, se hace un esfuerzo por tratar de aprovechar al máximo la línea que se está siguiendo, y aquí es donde la deconstrucción cobra sentido.

¿DECONSTRUIR O NO DECONSTRUIR?

Si bien la deconstrucción de los informes iniciales de no-cambio es parte del procedimiento habitual de la TCS, en los últimos años se ha venido cuestionando esta práctica desde planteamientos cercanos, aunque no idénticos, a la propia TCS. Así, Scott Miller y sus colegas (Miller, Duncan y Hubble, 1997; Duncan y Miller, 2000) señalan que probablemente el esfuerzo por deconstruir, por encontrar avances y cambios donde inicialmente parece no haberlos, puede de hecho promover el empecinamiento del terapeuta en mantener su propia línea terapéutica (centrada en soluciones) pese a la evidencia que proporciona el cliente de que no está siendo eficaz. Es más, se sugiere incluso que la persistencia de este tipo de trabajo sería un ejemplo de «contratransferencia teórica», es decir, una muestra de ceguera terapéutica que ajusta al cliente al estrecho marco de un modelo terapéutico determinado.

En un estudio publicado en enero del 2000, un equipo dirigido por Scott Miller dió un cierto apoyo empírico a esta idea (Reuterlov y cols., 2000). Se examinaron 93 sesiones de TCS realizada con clientes remitidos a terapia por problemas de abuso de alcohol y/o drogas, y se comparó la respuesta inicial de los clientes sobre las mejorías («sí mejorías» versus «no mejorías») con la respuesta dada por los clientes al final de la sesión a la Pregunta de Escala³. («aumento respecto de la sesión anterior» versus «no aumento»). Los resultados indicaron que en buena parte de las sesiones (76%) los clientes informaban inicialmente de mejorías, y que aquellos que lo hacían daban de hecho una mayor puntuación ante la Pregunta de Escala al final de la sesión. Por otra parte, de aquellos que empezaban la sesión informando que no había mejorías, la mayoría mantenían al final de la entrevista que no había cambios. Sólo un 13% de los clientes que en el arranque de la entrevista decían no encontrar mejorías dieron al final de la sesión una puntuación en la escala superior a la de la sesión anterior.

La conclusión que los autores del trabajo extrajeron de estos resultados fue que

«El informe inicial de los clientes de que no ha habido mejorías debería tomarse en serio, y no ser sometido a ningún tipo de maniobra terapéutica dirigida

3 La Pregunta de Escala» se formula de la siguiente manera:

«En una escala de 1 a 10, donde 1 sería el momento en que los problemas que le(s) traen aquí peor han estado, y 10 el momento en que estén del todo resueltos, ¿dónde están las cosas ahora?»

a «re-encuadrar», «re-narrar» o «re-construir» el intervalo desde la sesión anterior como si hubiera sido exitoso» (Reuterlov y cols., 2000, pp. 114).

En definitiva, tanto los análisis teóricos de Miller y sus colaboradores, como los datos empíricos de la investigación citada sugieren que el trabajo de deconstrucción no es «rentable» desde el punto de vista terapéutico, y que por tanto en TCS el cambio de estrategia terapéutica, e incluso de modelo terapéutico, debería producirse antes. Esta posición se acerca a nuestros propios planteamientos integradores (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1999; Beyebach, en prensa), desde los que venimos proponiendo que los terapeutas sistémicos empiecen utilizando el modelo terapéutico más simple (la Terapia Centrada en las Soluciones) y que si no se producen mejoras o el modelo parece no encajar bien con la idiosincrasia de los clientes, se progrese hacia abordajes más complejos (Centrados en el Problema, narrativos, estructurales, psicoeducativos...).

OBJETO DEL ESTUDIO

El principal objetivo de este estudio es replicar la investigación de Scott Miller y su equipo (Reuterlov y cols., 2000), con la intención de verificar si en una muestra española se encuentra el mismo efecto que detectó el equipo sueco, es decir, que los clientes que comienzan una sesión informando de que no hay mejoras en su situación mantienen esa opinión al final de la entrevista, o si por el contrario el esfuerzo de deconstrucción consigue que estos clientes terminen percibiendo mejoras.

Para ello, se categorizaron las respuestas de los clientes a la pregunta inicial que abre las sesiones («¿Qué va mejor?»), y se compararon con las respuestas dadas al final de las sesiones a la Pregunta de Escala. Así, se puede comprobar si un cliente que empieza la sesión diciendo que no hay mejoras, al final de la sesión da sin embargo una puntuación superior a la que dio en la sesión anterior ante la Pregunta de Escala.

Un segundo objetivo de este estudio es comprobar si la forma de la pregunta inicial que se hace en las segundas sesiones y sesiones posteriores tiene incidencia en la respuesta que genera. Se trata de verificar si realmente hacer la pregunta de manera presuposicional («¿Qué cosas van mejor» y no, p.ej., «¿Cómo están las cosas?»), como prescribe el modelo de TCS, se asocia con una mayor tasa de respuestas en las que el cliente informa de mejoras.

MUESTRA

La muestra para el estudio está formada por 96 sesiones de Terapia Familiar Breve Centrada en las Soluciones, correspondientes a 16 casos tra-

tados entre diciembre del año 1998 y junio del 2001 en el Master en Terapia Sistémica de la Universidad Pontificia de Salamanca. Los fines del centro son tanto académicos como clínicos, al tratarse de un programa de entrenamiento de terapeutas sistémicos que ofrece un servicio gratuito a los usuarios.

De los 16 casos, ocho fueron vistos por terapeutas en período de formación (licenciados en psicología que estaban haciendo el postgrado en terapia sistémica), y los otros ocho fueron atendidos por terapeutas expertos (los formadores del postgrado). Todos los casos eran supervisados por todo el grupo de entrenamiento desde detrás del cristal unidireccional.

Con respecto a los consultantes, los 16 casos incluyen a un total de 36 personas. Los motivos de consulta son variados: en tres casos se trata de niños y/o adolescentes que presentan algún tipo de dificultad no psiquiátrica. Once casos eran de adultos, y dos de jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria.

El formato de las sesiones es variado. Once de los dieciséis casos se consideran de formato conjunto (al menos la mitad más una de las entrevistas se realizan con más de una persona), y los otros cinco, individuales (al menos la mitad más una de las entrevistas se realizan con una sola persona).

La media de sesiones por caso fue de 6 para esta muestra. En todos los casos hubo al menos tres sesiones, pero solamente dos de ellos pasaron de las diez sesiones.

TRATAMIENTO

El enfoque terapéutico básico empleado en la muestra objeto de estudio es TCS (de Shazer, 1988, 1991, 1994; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), complementada en ocasiones por las técnicas desarrolladas en el M.R.I. de Palo Alto (Fisch y cols., 1982) y por Michael White (White, 1993 y 1995; White y Epston, 1989). En contadas ocasiones se emplean también puntualmente algunas formas de conceptualizar problemas y técnicas de intervención procedentes de otras orientaciones de terapia familiar (terapia familiar estructural, modelos psicoeducativos).

Desde el punto de vista del formato terapéutico, la terapia-tipo consiste en una serie de sesiones en las que, tras unos 45-60 minutos de conversación, el terapeuta sale a reunirse con el equipo que le está supervisando, para volver después y dar un mensaje final a los clientes. Este mensaje final incluye habitualmente elogios y alguna sugerencia o «tarea» a realizar hasta la próxima sesión. La periodicidad media de las sesiones es de unas tres semanas, aunque las entrevistas tienden a ser más seguidas al comienzo de la terapia y a espaciarse más hacia el final.

En todas las entrevistas se hace la «Pregunta de Escala» hacia el final de la sesión, aunque en la muestra objeto del estudio hubo 12 sesiones en que esta pregunta o bien no se hizo, o bien no quedó registrada en el vídeo.

Excepto las primeras entrevistas, el resto de las sesiones se abre preguntando por las mejorías que ha habido desde la última entrevista. La Terapia Centrada en las Soluciones propone que la pregunta inicial sea presuposicional («¿Qué cosas van mejor?»), aunque a menudo los terapeutas utilizan formulaciones no presuposicionales («¿Cómo están las cosas?» «¿Qué tal estáis?»). En esta muestra, se categorizaron un total de 75 preguntas iniciales, de las que 45 se ajustaron al formato presuposicional, 26 no fueron presuposicionales, y 4 no pudieron categorizarse debido a su ambigüedad. Otras cinco preguntas de apertura no quedaron registradas en la grabación.

El total de respuestas ante la pregunta inicial por mejorías fue de 106. Se desecharon cuatro por su ambigüedad y seis por no percibirse en la grabación. Las respuestas analizadas se categorizaron en «sí habla de mejorías» y «no habla de mejorías».

PROCEDIMIENTO

La muestra sobre la que trabajar se seleccionó al azar, utilizando casos no incluidos en otros estudios, y excluyendo aquellos casos en los que no estuvieran grabadas todas las sesiones.

La primera autora, M.H.V., realizó una revisión cualitativa de varias sesiones no incluidas en la muestra, confirmando que era posible detectar los informes de mejoría en los momentos iniciales de la sesión.

La tercera autora, A.R.L., revisó los vídeos de las sesiones incluidas en la muestra. En cada sesión realizó la transcripción literal de las preguntas iniciales formuladas por los terapeutas y de las respuestas ofrecidas por los clientes, así como de las correspondientes puntuaciones en la escala. Posteriormente, M.H.V. y M.B. categorizaron de forma independiente las preguntas y las respuestas transcritas, y después comprobaron el grado de acuerdo en la categorización. El acuerdo fue del 100% en la categorización de las preguntas («presuposicional» / «no presuposicional»), y del 93% en la categorización de las respuestas («sí habla de mejorías» y «no habla de mejorías»).

En las sesiones con varios clientes, se analizaron por separado las respuestas de cada cliente.

RESULTADOS

1. Se formularon 45 preguntas presuposicionales, a las que hubo 69 respuestas. De estas respuestas, 35 informaron de que había mejorías, y

34 no. Las preguntas no-presuposicionales fueron 26, que recibieron 37 respuestas. De estas 37 respuestas, 24 informaron que había mejoras, y 13 no. En otras palabras, cuando la pregunta por las mejoras era presuposicional, un 51% de los clientes informaba de mejoras (y el 49% restante, no), mientras que cuando la pregunta era no-presuposicional, se informaba de mejoras en el 64% de las respuestas (y no se informaba de mejoras en el 36% restante). La diferencia no es significativa ($\chi^2 = 1.95$; $p < 0.1$)

2. En la respuesta a la Pregunta de Escala formulada al final de las sesiones, se registró un aumento respecto de la sesión anterior en 59 casos (63%) y un descenso en 16 (17%), manteniéndose la misma valoración en 18 casos (20%). Cruzando este dato con el referido a la respuesta ante la pregunta inicial por mejoras, se obtienen los resultados siguientes (TABLA I)⁴:

- De los 53 consultantes que inicialmente informaron de mejoras, 44 (el 83%) dieron de hecho ante la Pregunta de Escala, al final de la sesión, una puntuación superior a la que habían dado en la sesión anterior. En 8 de los 53 casos, la puntuación en la escala fue la misma que en la sesión anterior (15%) y en tan sólo uno se obtuvo una puntuación inferior (2%).
- De las 40 informes iniciales de no-mejoría, hubo 15 ocasiones (el 37.5%) en el que sin embargo la respuesta a la Pregunta de Escala fue superior a la de la sesión anterior. En otros 15 casos (37.5%) se registró una disminución en la escala, y en 10 (25%) la puntuación se mantuvo igual.

TABLA I

Resultados obtenidos en nuestro estudio, cruzando el informe inicial de los consultantes («sí mejoría» y «no mejoría») con la variación en la respuesta a la Pregunta de Escala realizada al final de la entrevista («mejor», «igual» o «peor» que en la sesión anterior).

	Mejor Escala	Igual Escala	Peor Escala
«Sí mejoría»	44 (83%)	8 (15%)	1 (2%)
«No mejoría»	15 (37,5%)	15 (37,5%)	10 (25%)

4 Se han omitido algunos datos porque faltaba la respuesta a la escala, por lo que no coinciden el N de respuestas iniciales con el visto en el apartado anterior.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Antes de entrar a comentar los resultados que acabamos de presentar, querríamos recordar que se trata de un estudio meramente descriptivo y que, aunque hemos replicado la investigación de Scott Miller y su equipo (Reuterlov y cols., 2000), las diferencias entre las dos muestras no permiten hacer una comparación estadística directa. Por tanto, las consideraciones que haremos en este apartado deben tomarse con cierta cautela.

El cambio durante la sesión

En lo que se refiere a la replicación del estudio sueco (Reuterlov y cols., 2000), hemos constatado, al igual que el equipo de Scott Miller, que los clientes que inicialmente informan de mejoras suelen confirmar esta descripción positiva al final de la sesión: en el estudio sueco, el 80% de los clientes que inicialmente hablan de mejoras de hecho suben en la escala al final de la entrevista, y en nuestro estudio el porcentaje es prácticamente el mismo (83%)⁵.

Sin embargo, analizando qué sucede con los clientes cuando empiezan no informando de mejoras, obtenemos un cuadro bastante diferente (TABLA II). Mientras que en el estudio sueco sólo un 13% de quienes comenzaban diciendo que no había mejoras sí las recogían al final de la sesión, en nuestro estudio este porcentaje casi se triplica, subiendo hasta un 37.5%. Por tanto, parece que en las sesiones que hemos analizado nosotros hay una mayor variabilidad, y que se consigue modificar la percepción inicial de los clientes en una mayor proporción de casos.

TABLA II

Resultados obtenidos en el estudio sueco (Reuterlov y cols., 2000), cruzando el informe inicial de los consultantes («sí mejoría» y «no mejoría») con la variación en la respuesta a la Pregunta de Escala realizada al final de la entrevista («mejor», «igual» o «peor» que en la sesión anterior).

	Mejor Escala	Igual Escala	Peor Escala
«Sí mejoría»	79 (80%)	19 (20%)	0 (0%)
«No mejoría»	4 (13%)	13 (42%)	14 (45%)

5 Lo cual es un dato más, entre los muchos que se han generado en los últimos años en la investigación sobre TCS, que apoya la fiabilidad de las respuestas a la Pregunta de Escala (Beyebach, 1999).

Desde nuestro punto de vista, los resultados que hemos obtenido arrojarían una imagen un poco más equilibrada de lo que proponen la teoría de la TCS por un lado y las críticas de Scott Miller por otro: ni la deconstrucción consigue automáticamente generar informes de cambio, ni es tampoco una estrategia necesariamente abocada al fracaso. De confirmarse estos resultados en estudios posteriores, parecería justificarse que, antes de cambiar de estrategia global o de modelo terapéutico, los terapeutas hicieran un esfuerzo por deconstruir. A partir de esta reflexión se abre también la necesidad de delimitar con más precisión, desde un punto de vista teórico y también empírico, en qué casos y bajo qué circunstancias deconstruir y en cuáles cambiar la estrategia terapéutica.

De todas formas, no podemos descartar que las diferencias entre los resultados de nuestro estudio y el estudio sueco (Reuterlov y cols., 2000) se deban a diferencias en las muestras y en el tratamiento empleado. Entre otras cosas, la muestra sueca es más homogénea en cuanto a los problemas presentados (drogas y alcohol) y las terapias son más cortas (siendo el número medio de sesiones de 4.5 en su estudio y de 6 en el nuestro). La mayor duración de las terapias incluidas en el estudio de Salamanca podría ser también la causa del mayor porcentaje de informes iniciales de no mejorías (se podría pensar las terapias más largas lo son porque el cambio tarda más en producirse, y por tanto hay más sesiones en las que no hay todavía mejorías). En cuanto al tratamiento empleado, en los dos estudios se trata de Terapia Centrada en las Soluciones, realizada por terapeutas expertos en el uso del modelo o por terapeutas en formación pero bien entrenados y con supervisión directa. Sin embargo, es posible que el procedimiento de deconstrucción se haya realizado de forma diferente.

Parece ineludible hacer nuevas replicaciones que permitan aclarar las dudas que acabamos de plantear. En estos nuevos estudios habría que aumentar la muestra, y también se podría plantear utilizar la misma forma de medida al principio y al final de la sesión. Una opción en ese sentido sería utilizar la Pregunta de Escala también al inicio de la entrevista; otra posibilidad sería emplear instrumentos estandarizados de medida, siempre que tuvieran la necesaria sensibilidad para detectar los pequeños cambios que se producen de una entrevista a otra.

También nos planteamos hacer en el futuro un análisis cualitativo de la muestra estudiada, comparando las sesiones en las que hay cambio (desde una descripción inicial de no mejoría a una descripción final más positiva) con aquellas en las que no. La idea sería identificar qué diferencias existen entre estas sesiones, y tratar de generar hipótesis sobre cuáles son las circunstancias en las que la deconstrucción es o no exitosa. Esto permitiría hacer sobre una nueva muestra un estudio mucho más focalizado.

El lenguaje presuposicional

Por otra parte, en nuestro estudio hemos examinado también qué asociación existe entre la forma de plantear la pregunta inicial por los cambios (presuposicional *versus* no-presuposicional), y la respuesta de los clientes. En contra de lo que propone la teoría de la TCS, y en contra también de algunos estudios poco consistentes hechos con anterioridad (McKeel y Weiner-Davis, 1995), hemos encontrado que de hecho hacer la pregunta inicial de modo presuposicional no parece aumentar la probabilidad de una respuesta del cliente en la que describa mejorías. No se detecta diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de respuestas de «sí mejoría» tras un tipo u otro de pregunta, y los datos brutos más bien indicarían la tendencia contraria (un 64% de respuestas de mejoría tras pregunta no-presuposicional, en contraste con un 51% de respuestas de mejoría tras pregunta presuposicional).

En nuestra opinión, este resultado arroja algunas dudas sobre el impacto terapéutico directo del lenguaje presuposicional, al menos en lo que se refiere a la pregunta inicial por mejorías. De confirmarse este dato en estudios posteriores, habría tal vez que concluir que de hecho su efecto terapéutico es más reducido de lo que se tiende a pensar en TCS, e incluso nulo.

Este dato podría también tener en nuestro caso (M.H.V. y M.B.) implicaciones para la formación de terapeutas, ya que en la actualidad insistimos mucho en que los alumnos en formación utilicen con precisión el lenguaje presuposicional. ¿Significarían estos datos, en el caso de replicarse en nuevos estudios, que deberíamos abandonar esta práctica? Tal vez sí. Pero hay que tener en cuenta que aquí sólo estamos analizando el efecto de este tipo de lenguaje en la pregunta por los cambios producidos entre una sesión y otra. Es posible que trabajando otros aspectos (negociación de objetivos, proyección a un paso más en la escala, etc.) sí se produzca un efecto a corto plazo. Por otra parte, conviene recordar que, como señala Barbara Held (Held, 1996), el cuidadoso uso del lenguaje en TCS puede verse, no tanto como una *técnica* dirigida a provocar cambios directos en los clientes, sino como una forma de promover *en los terapeutas* una actitud positiva, centrada en los recursos, que es lo que tendría un efecto benéfico más general e indirecto.

CONCLUSIONES

Hemos presentado un estudio en el que replicamos el trabajo realizado por Scott Miller y su equipo en Suecia (Reuterlov y cols., 2000). Nuestros resultados parecen matizar las conclusiones obtenidas por nuestros predecesores, y abren también algunos interrogantes sobre el uso del lenguaje presuposicional en terapia. En cualquier caso, suponen un paso más en el arduo camino de documentar y apoyar en datos empíricos la toma de decisiones en psicoterapia.

REFERENCIAS

- Beyebach M. (1999) Introducción a la Terapia Centrada en las Soluciones. En (Navarro Góngora, J., Fuertes A. y Ugidos, T.) *Prevención e intervención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú.
- (en prensa). Integrative solution-focused work with children. En (Selekman M. y Geyerhofer S., eds.). *Beyond Solution-Focused Brief Therapy: International Perspectives*. Chicago: Zeig y Tucker.
- y Rodríguez Morejón, A., (1999). Some thoughts on integration in Solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 18, 24-42.
- Rodríguez Morejón A., Palenzuela D.L. and Rodríguez-Arias J.L. (1996). Research on the process of solution-focused therapy. En (S.D. Miller, M.A. Hubble and B.L. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- De Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- Berg I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., and Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- Duncan, B.L., Hubble, M.A., y Miller, S.D. (2000). *The heroic client. Doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal L. (1982). *The tactics of change. Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Held, B. (1996). Solution-focused therapy and the postmodern: a critical analysis. En (S.D. Miller, M.A. Hubble and B.L. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.L., Marinovich Z. y Lutz, M. (1996). The evaluation of psychotherapy: efficacy, effectiveness, patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-64.
- Hubble M.A., Duncan B.L. y Miller S.D., (eds.). *The Heart and Soul of Change. What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- McKeel, A.J. y Weiner-Davis, M. (1995). *Presuppositional questions and pretreatment change: a further analysis*. Unpublished manuscript.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., & Hubble, M.A. (1997). *Escape from Babel*. New York: Norton.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.
- Orlinsky, D.E., Grawe K., and Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy—noch einmal. In (A.E. Bergin and S.L. Garfield, eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th edition). New York: Wiley.
- Reuterlov, H., Lofgren, T., Nordstrom, K., Ternstrom, A., y Miller, S.D. (2000). What is better? A preliminary investigation of between-session change. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 1, 111-115
- Rodríguez Morejón A. y Beyebach M. (1997) El trabajo con soluciones en terapia familiar. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 34, ps. 17-26.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M., & Epston, E. (1989). *Narrative means to therapeutic ends*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.