

Máster Universitario en PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Trabajo Fin de Máster

**Tratamiento de la ansiedad desde el modelo de la
Terapia Breve Centrada en las Soluciones**

Presentado por: Javier Coria Cruz

Tutora: Carmen Abella Olmos

Curso: 2021/2023

Convocatoria: Octubre

Índice

1. Introducción	4
2. Metodología	12
2.1. PCOMS	12
2.2. Descripción de los casos	14
2.2.1. Caso de María	15
2.2.2. Caso de Juan	17
2.2.3. Caso de Miguel	19
2.3. Tratamiento	20
3. Resultados	21
4. Discusión	26
5. Bibliografía	30
6. Anexos	34

Listado de símbolos y siglas

DSM-V: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 o MDE-5)

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (*International Disease Classification 11* o ICD-11)

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

TBCS: Terapia Breve Centrada en las Soluciones (*solution-focused brief therapy* o SFBT)

EER: Escala de Evaluación de Resultado (*outcome rating scale* u ORS)

EES: Escala de Evaluación de la Sesión (*session rating scale* o SRS)

PCOMS: *Partners for Change Outcome Management System* (sistema de gestión de resultados de socios por el cambio)

ETR: *expected treatment response* (respuesta esperada al tratamiento)

SCC: *significant clinical change* (cambio clínicamente significativo)

Resumen

La ansiedad es uno de los fenómenos psicológicos más prevalentes y numerosos estudios en todo el mundo han estudiado que con la pandemia del COVID-19 su afectación aumentó. Diferentes terapias psicológicas han sido utilizadas para su tratamiento, entre ellas la Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS), para la cual se ha investigado en este documento su eficacia en tres casos. Los resultados de los participantes fueron evaluados mediante PCOMS y demostraron una mejoría clara y significativa en los 3 casos según esta herramienta, pero no según la prueba de Wilcoxon. Se concluye que la TBCS pudo ser efectiva desde un punto de vista subjetivo para el tratamiento de la ansiedad en los tres casos evaluados, aunque no existe una diferencia significativa ni puede generalizarse a otras poblaciones por la falta de control experimental. Se comprueba, además, que la duración es efectivamente menor si se utiliza TBCS en contraste con otras terapias. Se requiere mayor investigación en el futuro por la relevancia que podría tener su aplicación para la reducción de la sobrecarga de los psicólogos clínicos y sanitarios.

Palabras clave: ansiedad, terapia breve centrada en las soluciones, PCOMS, análisis de casos

Abstract

Anxiety is one of the most prevalent psychological phenomena and numerous studies around the world have studied that with the COVID-19 pandemic its affectation increased. Different psychological therapies have been used for their treatment, including Solution-Focused Brief Therapy (SFBT), for which its efficacy has been investigated in this document in three cases. The results of the participants were evaluated using PCOMS and demonstrated a clear and significant improvement in the 3 cases according to this tool, but not according to the Wilcoxon test. It is concluded that the SFBT could be effective from a subjective point of view for the treatment of anxiety in the three cases evaluated, although there is no significant difference, nor can it be generalized to other populations due to the lack of experimental control. It is also verified that the duration is effectively shorter if SFBT is used in contrast to other therapies. Further research is required in the future due to the relevance that its application could have for reducing the overload of clinical and health psychologists.

Keywords: anxiety, solution-focused brief therapy, PCOMS, case analysis

1. Introducción

La pandemia del COVID-19 advino al mundo en 2020, relegando a la población de muchos países a planes de confinamiento y generando una incerteza e inseguridad transversal en lo financiero, social, físico y psicológico; desde su incidencia, muchos estudios se han dirigido a evaluar los efectos de este fenómeno global. En su metaanálisis posterior a la pandemia, el cual tomó en cuenta estudios de 47 países y casi 200.000 participantes en total, Daniali, Martinussen y Flaten (2023) informan de que las emociones negativas como la depresión, la ansiedad y el estrés aumentaron durante la pandemia. De forma más específica, Santabábara et al. (2021) exponen, en un metaanálisis con estudios de 22 países y 137.300 participantes, que la prevalencia global de los trastornos de ansiedad —la cual normalmente se estima alrededor del 7,3%— se triplicó en la población general durante este periodo. Estos datos tan sólidos acerca del aumento desorbitado de la ansiedad generan una necesidad aún mayor de la preexistente de fomentar la atención psicológica en ella, siendo preciso para ello conocer las alternativas terapéuticas existentes hoy en día. Pero antes de comentar las posibilidades terapéuticas, ¿qué consideramos ansiedad? Comencemos pues explicando este y otros conceptos.

La ansiedad es, según la referente definición de Barlow (2001), un estado de ánimo orientado hacia el futuro asociado con la preparación para posibles eventos negativos futuros. Tradicionalmente, los síntomas asociados a este estado han sido entendidos desde un modelo unidimensional, lo que implicaba que las diferentes medidas hechas en un momento concreto debían correlacionar entre sí y, ante cambios como los resultantes de un tratamiento, estas medidas debían variar simultáneamente (Martínez Monteagudo et al., 2012). No obstante, Lang (1968) rompió con esta visión unitaria y propuso, a raíz de sus estudios, el fenómeno llamado fraccionamiento de respuesta; ello implicaba que lo habitual era que hubiera una discordancia entre tres sistemas de respuesta, entre los cuales se dividen los síntomas de ansiedad: fisiológico, motor o conductual y cognitivo.

Las respuestas fisiológicas de la ansiedad se asocian a un incremento en la actividad del sistema nervioso somático y el sistema nervioso autónomo, pero también como parte de la activación de la actividad neuroendocrina del sistema nervioso central (Martínez Monteagudo et al., 2012). El sistema nervioso somático incluye las estructuras del sistema nervioso periférico, las cuales conducen la información sensitiva hasta el sistema nervioso central y dirigen la información relativa al control motor hacia los músculos esqueléticos. Por otro lado, el sistema nervioso autónomo se encarga de la inervación de las estructuras involuntarias —corazón, músculo liso y glándulas—; se halla fraccionado en dos secciones, la simpática y la parasimpática, con fibras nerviosas aferentes y eferentes diferentes para cada uno (Snell, 2010).

Los efectos de estos dos sistemas, simpático y parasimpático, son muy importantes en la respuesta fisiológica propia de la ansiedad, pues actúan de forma opuesta generando respuestas antónimas. Como expone Navarro (2002), la actividad del sistema nervioso

simpático genera una disposición para defenderse ante posibles peligros actuales o probables; la ansiedad, mediante los cambios en las funciones viscerales, motiva al organismo a orientarse hacia la protección de su integridad. Una muestra de ello nos llega desde los modelos animales, pues un animal al que se le ha realizado una simpatectomía —un procedimiento quirúrgico en el que se seccionan ramas de los ganglios de la cadena del sistema simpático— no suele sobrevivir en su ambiente natural; ello se debe a que la activación masiva de este sistema resulta en reacciones definidas como respuesta de alarma (*fight or flight*). Esta respuesta es bastante generalizada, debido al alto grado de irradiación neuronal y a la estimulación de la secreción neurohormonal de la médula suprarrenal, con lo que se liberan catecolaminas en el torrente sanguíneo con resultado directo en los órganos efectores. Los fenómenos viscerales más perceptibles de esta respuesta son:

- Dilatación pupilar para incrementar el campo visual.
- Piloerección para simular un tamaño corporal superior.
- Sudoración para provocar la pérdida de calor que generará la actividad muscular.
- Incremento de presión arterial y actividad cardíaca para aumentar el flujo sanguíneo en los músculos.
- Broncodilatación para generar mayor caudal de entrada de aire en los pulmones.
- Aumento de la glucemia para permitir una utilización rápida de la energía.
- Inhibición de las funciones digestivas, urinarias y genitales por ser innecesarias para la supervivencia.

En cambio, la actividad del sistema nervioso parasimpático está ligada a las funciones protectoras y de conservación, posibilitando el funcionamiento específico de los órganos. Los componentes de este sistema actúan generalmente de forma desincronizada, participando en reflejos específicos o reacciones integradas que promueven una función visceral concreta. Los efectos parasimpáticos son más localizados, en contraposición a la amplitud de los simpáticos; y algunas de las respuestas que esta estimulación genera son:

- Constricción pupilar para preservar la retina ante luces demasiado potentes.
- Decremento de la frecuencia cardíaca para regular el exceso de actividad.
- Broncoconstricción para preservar los pulmones.
- Favorecimiento de la digestión mediante el incremento de la motilidad y las secreciones digestivas.
- Actividad urinaria y micción.
- Actividad genital como la erección.

También existen factores exógenos, como el consumo de drogas, que pueden contribuir a generar estados de ansiedad o incluso incrementar la tendencia ansiosa del individuo, denominada ansiedad rasgo; es además notable que las drogas depresoras (heroína, alcohol o psicofármacos depresores) tienen mayor efecto en ambos niveles de ansiedad que las estimulantes (cocaína o psicofármacos estimulantes) (del Río Olvera et al., 2018). También la abstinencia de drogas depresoras como el alcohol y los opiáceos (Cano-Vindel et al., 1994) y

el consumo excesivo o la abstinencia de cafeína (González-Martín, Lois y Muñoz, 2010) pueden provocar ansiedad.

Siguiendo con el sistema de Lang, las respuestas motoras se producen por los incrementos en las respuestas cognitivas y fisiológicas, y estas variaciones en la respuesta motora pueden distribuirse entre los relativos a respuestas o indirectas. Las respuestas directas incluirían tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias, empeoramiento de la percepción y la memoria a corto plazo. En cambio, las respuestas indirectas se componen de conductas de escape —cuando se huye del estímulo durante la exposición al mismo— o evitación —cuando se impide la exposición al estímulo ansiógeno—, las cuales son resultado de la ansiedad, pero, de forma general, no pueden ser controladas íntegramente por el individuo. En cambio, las respuestas cognitivas y fisiológicas de ansiedad actúan como estímulos discriminativos, generando la aparición posterior de respuestas como la evitación o la huida (Navarro, 2002).

Siguiendo este sistema, en el nivel cognitivo la ansiedad normal se manifiesta con pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza; no obstante, la ansiedad clínica magnifica la amenaza con pensamientos o imágenes muy específicos, anticipando una situación como una catástrofe inminente. La anticipación es, precisamente, una de las propiedades más importantes de la ansiedad; ser capaz de prever un peligro o amenaza confiere a la ansiedad una utilidad biológico-adaptativa. Como bien dicen Fenselow y Lester (1988), la ansiedad nos lleva a huir ante el posible ataque de un animal salvaje; esto implica que, al ver al depredador acercándose a nosotros, los síntomas de ansiedad no serían considerados algo excesivo o preocupante, sino el medio para sobrevivir.

Si la ansiedad se hubiera reducido a esta función protectora ante peligros suficientemente peligrosos, de la cual aún hoy en día hacemos uso en situaciones en las que nuestra vida realmente corre peligro, no se hablaría de ansiedad como un trastorno. Pero ¿qué pasa cuando este mecanismo y su importante función para la supervivencia se utilizan de manera desadaptativa? En estos casos, la ansiedad se convierte en algo más, una realidad clínica que anticipa un peligro irreal o inexistente, porque la ansiedad no es solo un indicador objetivo del peligro que pueda haber en una situación realmente, sino que puede ocurrir ante situaciones en las que hay poco o nulo peligro objetivo, ocurriendo entonces de manera irracional (Belloch, 2020).

Por otro lado, la ansiedad puede motivar la conducta para que el organismo se prepare ante acciones futuras. Cuando esto pasa, la ansiedad nos hace actuar de una determinada forma que evite peligros futuros, como al promover la huida; nos provee de un nivel de activación acorde, pero es necesario que no exista demasiada ansiedad, lo cual podría perturbar el rendimiento e interferir en la vida de la persona (Belloch, 2020). Esta característica sigue la clásica ley de Yerkes-Dodson, la cual establece que el rendimiento se incrementa con la excitación fisiológica o mental, pero llegados a un cierto punto un aumento mayor en la excitación provoca el empeoramiento del rendimiento (Yerkes y Dodson, 1908).

Al describir la ansiedad puede generar confusión la distinción entre esta, el estrés o el miedo, al ser a veces conceptos utilizados, de forma errónea, como sinónimos. El estrés es un concepto más amplio que la ansiedad e implica un conjunto de mecanismos y procesos psicobiológicos con respuestas biológicas y psicológicas características; la ansiedad solo es, en cambio, una de esas respuestas que aparece especialmente durante situaciones de estrés agudo, mientras que el estrés crónico suele asociarse más con la depresión (Belloch, 2020). Por otro lado, la ansiedad es diferente al miedo por ser este una respuesta de alarma a un peligro presente o inminente sea este real o percibido por el individuo (Barlow, 2001). Retomando el símil de Fanselow y Lester (1988), el miedo corresponde al estado del animal durante el contacto presente o inminente con el depredador.

La relevancia de la ansiedad en nuestra especie, y por extrapolación en nuestra sociedad, es innegable. Los trastornos de ansiedad son, según los datos epidemiológicos del Sistema Nacional de Salud español, los más prevalentes en la práctica clínica; pero, a mayores de los trastornos, la posibilidad de presentar signos o síntomas de ansiedad sin llevar asociado un diagnóstico concreto nos permite comprender que exista aún mayor prevalencia que la que se halla enmarcada en trastornos de ansiedad concretos (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2014) confirman la presencia de los síntomas ansiosos y depresivos en muchas categorías diagnósticas, permeabilidad que en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, el DSM-V, no se contempla; en contraste, en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, la CIE-11, sí que se contempla mayor permeabilidad, agregando estos síntomas en uno de los trastornos más prevalentes en la atención primaria: el trastorno mixto de ansiedad y depresión (DSM-V, 2014; OMS, 2019).

El DSM-V engloba, en el capítulo de trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad por separación debido a la ansiedad concerniente a la separación de las personas por las que se siente apego, el mutismo selectivo por el fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas, la fobia específica cuando existe ansiedad ante un objeto o situación específica, el trastorno de ansiedad social por la ansiedad en situaciones sociales en las que la persona se expone al posible examen de otras personas, el trastorno de pánico ante los ataques de pánico imprevistos recurrentes, la agorafobia como miedo intenso a situaciones de las que sería difícil huir o recibir ayuda, trastorno de ansiedad generalizada como la ansiedad y preocupación excesiva con anticipación aprensiva sobre diversos sucesos, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos, el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y otro trastorno de ansiedad no especificado. Además, aparece reflejado el especificador del ataque de pánico como conjunto de síntomas que no constituyen un trastorno mental per se, sino que se pueden producir en cualquier trastorno de ansiedad y en otros trastornos mentales como los depresivos, de estrés postraumático o por consumo de sustancias (DSM-V, 2014).

Este manual presenta diferencias con respecto a la versión predecesora, el DSM-IV y su revisión el DSM-IV-TR. En primer lugar, los nombres de algunos trastornos fueron cambiados, utilizando términos como trastorno de angustia para el trastorno de pánico, fobia social para el trastorno de ansiedad social o cambiando el nombre del subtipo de fobia específica ambiental por fobia específica de entorno natural. El trastorno de pánico eliminó los subtipos del trastorno de angustia, que diferenciaban si conllevaba agorafobia o no, pudiendo indicar con otra entidad clínica la agorafobia sin haber existido previamente trastorno de angustia; en el DSM-V esto se eliminó, dejando el trastorno de pánico por un lado y la agorafobia por otro. Además, se eliminó el subtipo de la fobia social que especificaba si esta era generalizada y se cambió por una especificación si los síntomas de ansiedad social sólo ocurrían durante una actuación, como una presentación ante un público. Además, se eliminaron el trastorno obsesivo compulsivo, incluido en un capítulo nuevo para el TOC y trastornos relacionados, y el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo, que pasaron a estar en el nuevo capítulo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Por último, también se añadieron el mutismo selectivo, el trastorno por ansiedad de separación y otro trastorno de ansiedad especificado (DSM-IV-TR, 2002).

Pero ¿existen diferencias en la prevalencia de los trastornos según factores sociodemográficos? La investigación ha hallado que sí, siendo el mayor hallazgo el relacionado con el sex; los trastornos de ansiedad no afectan por igual a ambos sexos, sino que al comparar ambos grupos se suele observar que las mujeres presentan puntuaciones más altas en ansiedad fisiológica, ansiedad cognitiva y ansiedad total que los hombres (Aparicio, Sánchez y Dresch, 2006) llegando a darse trastornos con el doble de frecuencia en las mujeres (DSM-V, 2014). Otro factor en el que la diferencia se hace notoria es el gradiente social, pues los trastornos de ansiedad son 3,4 veces más prevalentes en niveles bajos de renta (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Además, la aparición del trastorno suele ocurrir durante la infancia y persisten durante 6 meses o más si no son tratados, característica que los distingue del miedo transitorio (DSM-V, 2014).

Ante un fenómeno tan prevalente como es la ansiedad, los psicólogos de las diferentes escuelas han buscado tratar la ansiedad desde sus diferentes visiones de esta. No obstante, la Terapia Cognitiva Conductual (abreviada como TCC) ha sido provista de un corpus de estudios que le han brindado fuerte apoyo como intervención aguda ante estos trastornos, elevándose a tratamiento de elección y siendo recomendada como “estándar de oro” (Otte, 2011). Los enfoques conductual y cognitivo conductual han aportado diferentes propuestas para el tratamiento de la ansiedad, pero es una de ellas, la de exposición, la que mayor repercusión ha tenido en la literatura científica; mediante la exposición a aquello que se teme, la reacción de alerta que provoca la ansiedad se reduce con la habituación al estímulo fóbico, rompiendo las creencias de amenaza que reducen efectivamente la severidad de los síntomas y la incapacitación que generan (Pittig et al., 2021). Metaanálisis como el de Carpenter et al. (2018) halló que las intervenciones que usan estrategias de exposición tienen mayor tamaño del

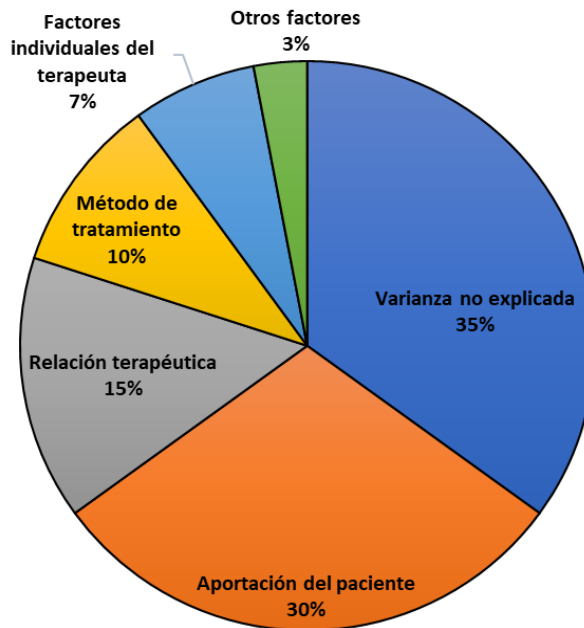
efecto que las técnicas cognitivas o cognitivo conductuales sin exposición, y Pittig et al. (2021) confirman que, además, la intensificación temporal de la exposición a aquello que provoca ansiedad resulta en un tratamiento más rápido, obteniendo mejores resultados.

No obstante, existen otras orientaciones que no han tenido tanta relevancia debido a su corto tiempo de vida e inferior corpus de investigación, y la Terapia Breve Centrada en las Soluciones (abreviada como TBCS) es una de ellas. Surgida en 1986 del trabajo de Steve de Shazer (de Shazer et al., 1986) se centra en la búsqueda de una solución rápida y eficiente que se desarrolla mediante la alianza entre el cliente y el terapeuta, pudiendo incluirse un equipo de terapeutas observadores.

La importancia que le da este modelo a la alianza terapéutica como factor central del cambio se debe a los estudios de Norcross y Lambert (2019), quienes han estimado, basándose en datos empíricos, el peso que poseen los factores que modulan el cambio y explican la varianza de los resultados de la psicoterapia, aunque es imposible aislar completamente la influencia de un factor de otro (véase la figura 1). Como se puede observar, el factor que más contribuye, protagonista y motor principal del cambio, es el cambio extra terapéutico o fuera de terapia —aquellas circunstancias, características y recursos que posee el cliente—. Tras este se encuentran factores comunes a los distintos modelos de intervención como la alianza terapéutica, que explica el 15% de la varianza, superando al influjo del método específico que se utilice —un 10%—. Ello arroja una conclusión muy clara: no es tan importante qué enfoque se utilice, sino la calidad de la alianza terapéutica que se establezca. Esta alianza se basa en lo que ya comentaba hace décadas Bordin (1979), tomando en cuenta el vínculo emocional entre terapeuta y paciente, el acuerdo en los objetivos de la terapia y el acuerdo con respecto a las tareas, en relación con el método para conseguir dichos objetivos.

Figura 1

Factores que contribuyen a la varianza de los resultados en psicoterapia



Nota. Basado en Norcross y Lambert (2019).

La TBCS difiere de las orientaciones tradicionales por estar basada en las competencias y recursos del cliente, reduciendo la importancia de los errores y problemas pasados para resaltar las fortalezas y los éxitos; para ello, el terapeuta busca entender la situación del cliente desde la perspectiva del mismo y qué desea que sea diferente. Este modelo considera más importante, por tanto, la construcción de soluciones que la resolución de los problemas, tomando en cuenta el futuro que desea el cliente más que el pasado o el presente. Para ello se busca aumentar los comportamientos útiles actuales que están en consonancia con los objetivos del cliente, examinando si existen excepciones en las que el problema no sucedió pese a que podría y utilizando esta información para construir soluciones; ningún problema ocurre todo el tiempo. No obstante, es importante tener en cuenta que las soluciones no siempre están relacionadas directamente con los problemas identificados, pero un pequeño cambio puede conllevar cambios mayores.

El terapeuta guía al cliente para que busque alternativas a los patrones de comportamiento, cognición o interacción actuales que no le reportan buenos resultados; el modelo asume que estas alternativas se hallan de antemano dentro del repertorio del cliente, pero si no es así se construyen junto al terapeuta. Los terapeutas ayudan a los clientes a encontrar alternativas a los actuales patrones de comportamiento no deseados, cognición e interacción que están dentro del repertorio de los clientes o pueden ser construidos conjuntamente por terapeutas y clientes como tales. El terapeuta requiere, por consiguiente, habilidades conversacionales suficientes, pero las requeridas para construir estas soluciones

son diferentes a las que se utilizan para diagnosticar y tratar los problemas de los clientes; ello demuestra la disparidad que existe entre este y otros enfoques (Kim, 2013).

Numerosos estudios han investigado los procesos y mecanismos de cambio específicos que subyacen a la TBCS, demostrando que tiene diferentes mecanismos de cambio que otros enfoques como la TCC. La investigación sobre ello ha descubierto que la TBCS trata un contenido más positivo dentro de la sesión, lo cual provoca que los clientes respondan del mismo modo (Jordan, Froerer y Bavelas, 2013). Por otro lado, un proceso importante es el relacionado con el lenguaje que se usa, y es imprescindible que los terapeutas de la TBCS usen el lenguaje específico del cliente, pues ello permite construir juntos los objetivos y las soluciones (Korman, Bavelas y De Jong, 2013); además, las intervenciones de esta terapia enfocadas en las fortalezas y los recursos de los clientes tienden a contribuir a sus resultados exitosos (Franklin, Zhang, Froerer y Johnson, 2017).

La TBCS considera que antes de venir a consulta, generalmente, tanto pacientes como familiares han probado distintos intentos de solución que han resultado ineficaces, han mantenido los problemas en el tiempo o generado incluso problemáticas nuevas. La explicación a esto se halla en que existen dos tipos de cambios: el cambio de primer orden, que se da en el sistema, pero no logra alterarlo, y el cambio de segundo orden, el cual conlleva una alteración del sistema en sí mismo. Por ejemplo, una persona que está en una pesadilla tiene múltiples posibilidades de acción: esconderse, luchar contra la amenaza, huir... No obstante, ninguna de estas conseguiría terminar el sueño; esto simboliza los intentos de solución de primer orden que los pacientes realizan antes de llegar a consulta. El cambio de segundo orden llegaría, siguiendo el símil de la pesadilla, cuando se dejase de soñar y la persona se despertase, pues la vigilia es diferente al sueño y constituye un cambio de estado que altera el sistema. Este es el tipo de cambio que se busca obtener para solucionar los problemas (Weakland et al., 1974).

La TBCS es una terapia que aún hace 14 años había recibido poca investigación sobre sus efectos y potencial terapéutico, lo cual se observa en revisiones de 2009 como la de Corcoran y Pillai (2009). No obstante, en estos últimos años se ha producido un creciente volumen de investigación que ha producido que se considere a esta terapia una intervención basada en la evidencia, como se expresa en diferentes metaanálisis (una revisión más completa de estos puede hallarse en el artículo de Kim et al. (2019)); esta considerable cantidad de evidencia además ha aumentado su reconocimiento a nivel internacional y la confianza a la hora de usarlo cuando encaje con el cliente y el contexto clínico (Kim et al., 2019).

El presente trabajo busca profundizar en la aplicación de esta orientación terapéutica en el entorno clínico, con el objetivo de estudiar el tratamiento de la ansiedad desde la TBCS y responder a la pregunta de si realmente la Terapia Breve Centrada en las Soluciones es una intervención efectiva en el tratamiento de la ansiedad; para ello se lleva a cabo un estudio empírico con el objetivo de medir la eficacia de la terapia sobre los síntomas de ansiedad. Para ello, se medirá el cambio en consulta sesión a sesión de 3 personas que han acudido al centro

de psicología clínica y terapia familiar Andainas, en A Coruña. Los casos seleccionados serán de personas con sintomatología ansiosa, sin buscar que estas cumplan con los criterios para ser diagnosticadas con un trastorno; de esta manera podremos ser más fieles a lo que la persona realmente nos muestra y no a una etiqueta concreta que pueda impedir comprender la realidad de la persona.

2. Metodología

2.1. PCOMS

La obtención de datos fue realizada mediante el uso de las escalas pertenecientes a PCOMS (*Partners for Change Outcome Management System*, lo cual se traduce como “sistema de gestión de resultados de socios por el cambio”). PCOMS es una herramienta que ha demostrado su utilidad para la práctica clínica en ensayos controlados aleatorizados (Duncan y Reese, 2015). Como expone Gimeno (2021), está formada por dos escalas: la escala de evaluación de resultado (EER) y la escala de evaluación de la sesión (EES); ambas se componen de cuatro ítems en los que el sujeto debe indicar su respuesta marcando un punto en líneas de diez centímetros (estas escalas se pueden observar en los anexos A y B, respectivamente).

Por un lado, la escala de evaluación de resultado (*outcome rating scale* u ORS, en inglés) se administra al inicio de cada sesión y valora en qué punto del continuo se ha encontrado durante los siete días anteriores a la sesión en relación con cuatro dimensiones:

- Bienestar individual (medición de la angustia personal)
- Bienestar interpersonal (medición de la satisfacción de las relaciones íntimas del paciente)
- Bienestar social (medición de la satisfacción en el ámbito laboral/escolar, con compañeros o relaciones menos personales)
- Bienestar global (una media de las tres dimensiones anteriores)

La escala consta de cuatro líneas, una por dimensión, que suman un total de 40. Cada paciente tiene que realizar una marca según se encuentre, en dicha dimensión, peor (izquierda) o mejor (derecha). Para corregirlo, se mide la línea desde la izquierda hasta la marca del paciente con una regla y se anota la puntuación en cada línea, teniendo en cuenta que mal es 0 y bien es 10. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones de los ítems, con un punto de corte de 25; los sujetos que puntúan por debajo de este experimentan la suficiente angustia como para necesitar ayuda psicológica.

Por otro lado, la escala de evaluación de la sesión (*session rating scale* o SRS) se administra al final de la sesión y evalúa, al igual que la anterior, cuatro dimensiones en un continuo que reflejan la alianza terapéutica, basándose en la definición realizada por Bordin (1979), como se mencionó previamente. Las dimensiones son:

- Relación con el terapeuta (“me siento escuchado”)
- Metas y objetivos trabajados en sesión
- Enfoque o método utilizado
- Global (satisfacción con la terapia en general)

La corrección se lleva a cabo de la misma forma que la EER y la puntuación total es también de 40. La puntuación entre 0-34 indica una alianza pobre, entre 35-38 refleja una alianza bastante buena y entre 39-40 indicaría una alianza muy buena. Esta puntuación permite analizar de forma rápida la relación terapéutica, pues una puntuación inferior a 9 en alguno de los ítems atestigua algún problema en la alianza. Si se detecta debe ser comentado con el paciente, pues ello demuestra que su opinión es importante para nosotros, que somos flexibles y estamos abiertos a la crítica; esto es esencial para identificar rápidamente obstáculos al cambio antes de que sean insalvables.

Las variables que miden estas escalas, como son el bienestar o la alianza terapéutica, son variables cualitativas debido a que son características que no se pueden medir con números. Además, se pueden categorizar dentro de las variables cualitativas como ordinales, pues existe un orden dentro de las posibles respuestas que se pueden dar a las preguntas—puede sentirse nada, poco, bastante o mucho bienestar, por ejemplo—. La utilización de PCOMS permite la medición de estas variables cualitativas ordinales, asignándoles según dónde se marque un número mayor o menor; con ello, se consigue que estas variables puedan ser consideradas cuantitativas discretas, asumiendo un número contable de valores y permitiendo evaluar de forma más fiable y cuantificable la mejoría o empeoramiento de estas variables.

Esta manera de evaluar el progreso en terapia presenta semejanzas con las preguntas escalares típicas de la TBCS y permiten comparar la trayectoria del consultante, aunque esta función puede llevarse a cabo de forma más simple mediante el uso de la versión electrónica de PCOMS alojada en la página web de Better Outcomes Now (<https://betteroutcomesnow.com/>). Mediante un dispositivo con acceso a internet el paciente puede cubrir las escalas en cada sesión, siendo calculadas automáticamente las puntuaciones de ambas escalas y generando tanto gráficas por cada escala como una gráfica que engloba todos los datos relevantes para conocer la satisfacción con la terapia.

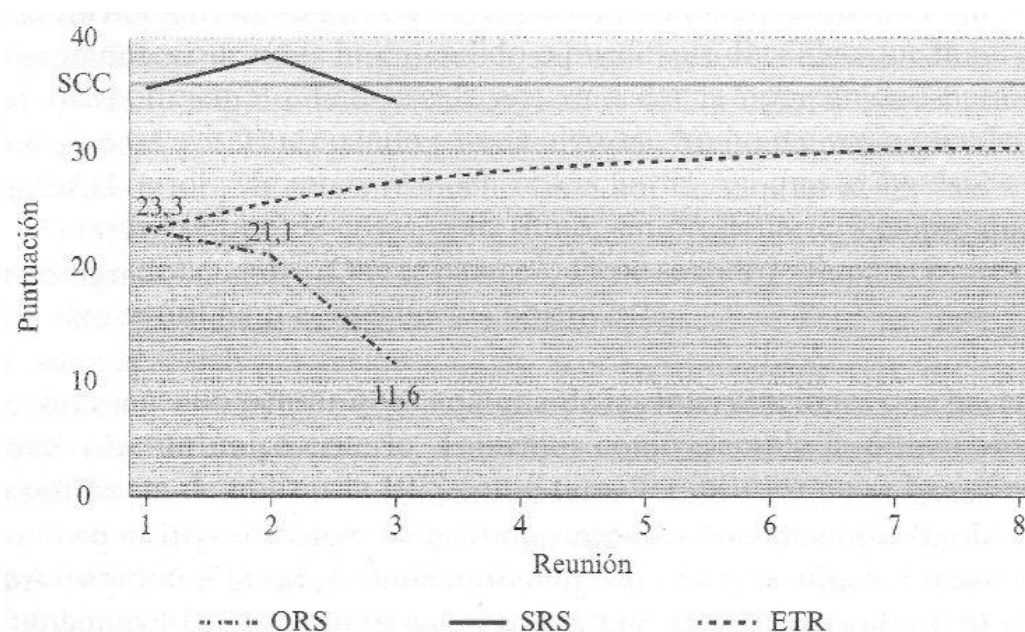
A modo de ejemplo, en la figura 2 puede observarse una gráfica generada por la versión electrónica de PCOMS en la que aparece un empeoramiento significativo del paciente. La línea de puntos y guiones discontinuos refleja las puntuaciones en la escala de evaluación de resultados (ORS), que se administra al inicio de la sesión; el punto de corte clínico para adultos es, como se indicó previamente, 25, y ello se representa en la gráfica por los colores del fondo: el gris claro indica las puntuaciones no clínicas, halladas por encima del punto de corte, mientras el gris oscuro representa el rango clínico que indica que el paciente se beneficiaría de acudir al psicólogo. No obstante, la gráfica muestra un claro descenso en las 3 sesiones que duró la terapia, el cual indica que no solo no está siendo beneficioso para él, sino

que el paciente está peor que antes de empezar el proceso terapéutico. La línea discontinua representa la respuesta esperada al tratamiento (*expected treatment response* o ETR), que no indica grandes mejorías futuras a la vista de los datos recabados hasta el momento.

Por otro lado, la línea continua expone las puntuaciones de la escala de evaluación de la sesión (SRS), que se pasan al final de la sesión y miden la alianza terapéutica en ese momento. Con el fin de evaluar si la alianza está siendo suficientemente sólida, la línea horizontal recta de la parte superior marca el cambio clínicamente significativo (en inglés *significant clinical change* o SCC) e indica el punto de corte de la SRS: si la puntuación es superior la alianza no presenta problemas, pero si es inferior se hace necesario comentar esta cuestión con el paciente antes de terminar la sesión.

Figura 2

Ejemplo de empeoramiento significativo



Nota. Tomado de Gimeno (2021).

2.2. Descripción de los casos

Tras la introducción del método de evaluación, que será utilizado para cuantificar la mejoría clínica, se describen a continuación los 3 casos escogidos. Para ello se comenzará con una anamnesis, en la cual se resumen los datos más relevantes de cada caso. Se introducirá esta con una identificación basada en el nombre y la edad de la persona, seguida del motivo de consulta, la historia de esta problemática y cómo afecta a su vida; posteriormente se añaden, si existen, datos relevantes para la conceptualización del caso sobre la historia vital, los antecedentes personales y familiares y las expectativas respecto al tratamiento. Para proteger la privacidad de estas personas, los nombres reales se sustituyen por otros.

Para que la formulación de estos casos sea completa, se ha optado por la utilización del análisis funcional. El análisis funcional es una valiosa herramienta que permite comprender por qué ocurren las conductas, conociendo qué causas llevan a su realización y que consecuencias se dan posteriormente en el ambiente y la persona; mediante el uso de esta es posible averiguar en qué se mantiene la conducta, abriendo la posibilidad a la modificación conductual. Gracias al análisis funcional puede esquematizarse la información relativa a una conducta de forma integral, pues a veces la información puede ser confusa si no se emplea ningún sistema para su análisis y comprensión, lo cual resulta esencial para el tratamiento. Por todo ello he optado por su utilización, que se adjunta tras cada conceptualización de los casos.

Finalmente, se ha indicado en qué consistió el tratamiento mediante la TBCS para cada caso. Es importante remarcar que estos problemas han sido entendidos como ansiedad, a pesar de que podría considerarse que pudiesen ser síntomas de otro trastorno; por ejemplo, el caso de María podría valorarse como un trastorno de ansiedad por separación o el caso de Miguel podría englobarse en un trastorno de ansiedad por enfermedad (DSM-V, 2014). Aunque estos problemas pudieran diagnosticarse como un trastorno, el enfoque del centro no se centra en ello como ya se apuntó previamente; la base de estos casos radica en la ansiedad y no se atiende a qué posible etiqueta podríamos aplicar a estos casos si no a que la base de los tres es la misma. Con esta muestra es posible comprender la realidad de los fenómenos psicológicos, mucho más amplios y variados de lo que el estudio de los manuales diagnósticos puede llegar a demostrar.

Las variables que se medirán serán las que corresponden a las dimensiones que evalúa la escala de evaluación de resultado —bienestar individual, interpersonal, social y global— y la escala de evaluación de la sesión —relación con el terapeuta, metas y objetivos, método utilizado y satisfacción en general con la terapia—. Con la medición de la EER es posible observar si ha habido una mejoría del bienestar de la persona, pues utilizando la puntuación de la primera y última sesión como medidas pre y post tratamiento es posible la comparación del cambio que puede explicarse por la intervención realizada. Por otro lado, gracias a la EES puede medirse cuán satisfecha está esta persona con la terapia tal y como está siendo a cada sesión.

2.2.1. Caso de María

El primer caso corresponde a María, una chica de 16 años que acude a consulta por un problema con relación al miedo que siente a que sus padres puedan faltarle o fallecer. Tras concretarlo con ella, se operativiza el motivo de consulta como un problema de ansiedad, al no haber posibles indicios que pudieran predecir que la muerte de sus padres estuviera cercana.

Al comienzo de la terapia, María explicó que últimamente había estado teniendo problemas con unos pensamientos que no paraban de venirle a la cabeza sobre que sus padres pudieran fallecer, y estos pensamientos no habían tenido ningún suceso que hubiese provocado su comienzo. María sabía obviamente que no era probable que fueran a morir y que

por más que lo pensara no iba a ocurrir con mayor facilidad, pero aun así le asustaba esa idea y no podía dejar de pensar en ello. Esto ocurría con más frecuencia cuando sus padres estaban fuera de casa trabajando o cuando le había salido mal un examen, pues era algo que generaba mucha angustia en ella.

Cuando aparecían estos pensamientos su respuesta más inmediata era la ansiedad, que se le manifestaba con malestar emocional ante unas ideas que parecían irrefrenables cuando aparecían. Una de las respuestas que más llevaba a cabo ante la ansiedad para intentar evitarla era llamar a sus padres mientras no estaban en casa varias veces cada hora, ya estuvieran de viaje, en el trabajo o donde fuera. También evitaba quedarse en casa sola todo lo que pudiera e intentaba pensar en otras cosas, buscando alejar estos pensamientos. Esto no le había ocurrido previamente ni a ella ni a nadie de su familia y por ello albergaba pocas expectativas de buen resultado, debido al miedo a no ser comprendida.

Estas respuestas generaban un reforzamiento negativo intermitente por parte de sus padres, pues al principio intentaban tranquilizarla cuando María les llamaba al móvil; posteriormente, al ver que esta conducta no cesaba, le pedían a María que no les llamara tanto porque no les iba a pasar nada, siendo aburrido para ellos tener que reasegurar continuamente a su hija que estaba todo bien. Por otro lado, cuando le permitían no quedarse sola se reforzaba negativamente de forma fija, pues conseguía aliviar el malestar escapando de la situación antes de que se produjera. Por otro lado, intentar no pensar sobre ello no tenía ningún efecto, pues es imposible no pensar y más si se busca no pensar en algo concreto.

En la figura 3 se resume, mediante el análisis funcional, la conceptualización de esta conducta con sus antecedentes, respuestas y consecuentes.

Figura 3

Análisis funcional de la conducta de ansiedad de María



En el caso de María se buscó normalizar ese miedo a la muerte, entendido como algo posible pero lejano, ya que los padres gozaban de buena salud; para ello se le pidió que, una vez al día, fuese a una habitación de su casa en la que no pasase mucho tiempo habitualmente, se sentara en una posición cómoda y comenzase a pensar en todo aquello que había estado evitando pensar acerca de la muerte de sus padres. Este tratamiento buscó que se enfrentara a esta ansiedad, sin buscar impedirla, para que pudiese ocurrir una habituación a esa idea para que perdiera intensidad el miedo que sentía. Se llevaron a cabo 4 sesiones y se le dio el alta en la última, al expresar que ya se encontraba mejor y que no consideraba necesario continuar la terapia.

2.2.2. Caso de Juan

El segundo caso corresponde a Juan, un estudiante de 26 años que está preparando oposiciones del estado, lo cual le está generando mucho estrés porque está ya en la recta final y falta poco para el examen. El motivo de consulta se entiende también como ansiedad, porque lo que más acusa es miedo a suspender y a no ser capaz, a pesar de que está dedicándole tiempo suficiente de forma objetiva.

Esta ansiedad comenzó cuando se acercaba la fecha para su examen de la oposición de administrativo del Estado, para el cual llevaba estudiando ya casi un año. Le preocupaba mucho el hecho de haber invertido tanto tiempo para que finalmente pudiera quedarse sin plaza, y con el cansancio acumulado que llevaba, tras tantos meses estudiando, su rendimiento comenzó a bajar. Además, si un día discutía con su novia al siguiente le costaba ponerse a

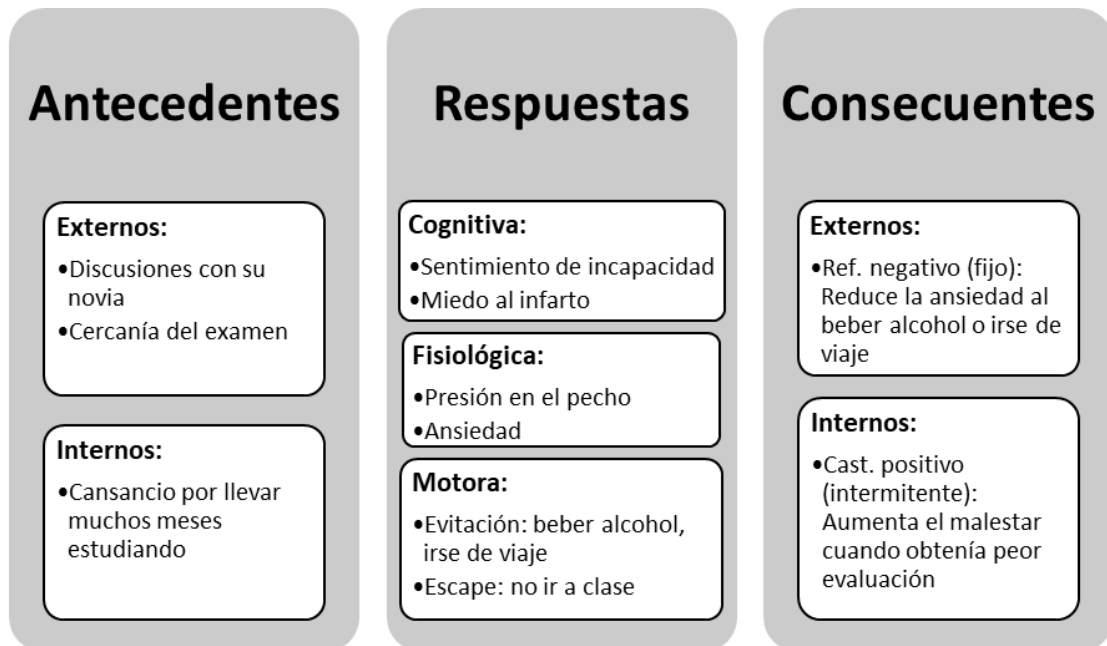
estudiar mucho más de lo normal, llegando a pasar momentos de sentirse incapaz de seguir. No obstante, creía mucho en la terapia y presentaba altas expectativas de mejora.

Evidentemente, que todo esto ocurriera le generaba mucha ansiedad, pues sentía que tenía que mantener un nivel de estudio muy elevado, pero a veces le era imposible sentirse satisfecho. Hubo momentos en los que esta ansiedad era tan intensa que llegaba a sentir una presión en el pecho que incluso le hacía pensar que, si seguía así, le iba a dar un infarto. Para evitar todo esto recurría a quedar para beber alcohol con sus amigos cuando se sentía agobiado y a irse de fin de semana con su novia; también, si esa semana no había estudiado bien no iba a la academia a clase, evitando así que le hicieran preguntas sobre el temario de esa semana y que se pusiera de perspectiva que no lo había preparado bien.

Estas respuestas a su ansiedad se convirtieron en su manera de afrontarla, siendo así la ingesta de alcohol y las escapadas con su novia ambos procesos de reforzamiento negativo fijo, mediante el cual se olvidaba durante un tiempo de todo lo relacionado con la oposición. Por otro lado, el intentar escapar de la asistencia a clases provocaba que no se asegurase de que comprendía realmente el temario, lo cual a veces le penalizaba de cara a las evaluaciones mensuales que le realizaban desde la academia; ello podría ser considerado un castigo positivo intermitente, lo cual explica que esta solución fuera la que más malestar le generaba. La figura 4 ilustra toda esta información en torno al análisis funcional.

Figura 4

Análisis funcional de la conducta de ansiedad de Juan



En este caso se le explicó que era normal el cansancio y el estrés que sentía, pues el examen estaba cerca y era lógico que le preocupara. Sus intentos de solución no parecían dar

buen resultado de primeras, pero la cantidad de alcohol que ingería o la cantidad de fines de semana que tomaba libres no era desproporcionada ni era realmente preocupante; al final era una manera de desconectar, pero se le instó a que no estudiase más después para compensar, pues entonces el efecto relajante de alejarse por un tiempo del estudio sería más un castigo a su vuelta que algo necesario, como es tener tiempo para el ocio. Al ver que esta solución le había resultado positiva, y observando que poseía suficiente responsabilidad para saber qué podía y no hacer, se le instó a que fuera un poco menos responsable pidiéndole que hiciera algo de ejercicio y ocio también. A la cuarta sesión se le dio el alta por hallarse mucho menos preocupado.

2.2.3. Caso de Miguel

El tercer caso corresponde a Miguel, un chico de 12 años que tiene, según él, “miedo a sentirse enfermo”; cada vez que siente una sensación de malestar le sobreviene una ansiedad que le lleva a centrarse mucho en ello y a sentirse muy mal. Tras concretarlo y descartar causas orgánicas, se operativiza este motivo de consulta por una ansiedad relacionada con la enfermedad.

Miguel juega al fútbol en un equipo local, donde él y sus compañeros hacen intensos entrenamientos físicos y tácticos para mejorar su rendimiento en el deporte; a él nunca le han sentado mal, aunque acaba muy cansado. Sin embargo, sí ha visto a un par de compañeros vomitar tras el entrenamiento de forma aislada; este hecho ha causado impresión en Miguel, aunque no tiene claro si por la alta exigencia cardiovascular del ejercicio o por encontrarse mal de antes. Pocas semanas antes de acudir a consulta, y a raíz de una gastroenteritis durante la que vomitó bastante, Miguel desarrolló ansiedad al hecho de ponerse enfermo y a vomitar tras los entrenamientos aún después de curarse. Sus expectativas de mejora eran muy reservadas, pues veía que le estaba costando deshacerse del problema más a medida que pasaba el tiempo.

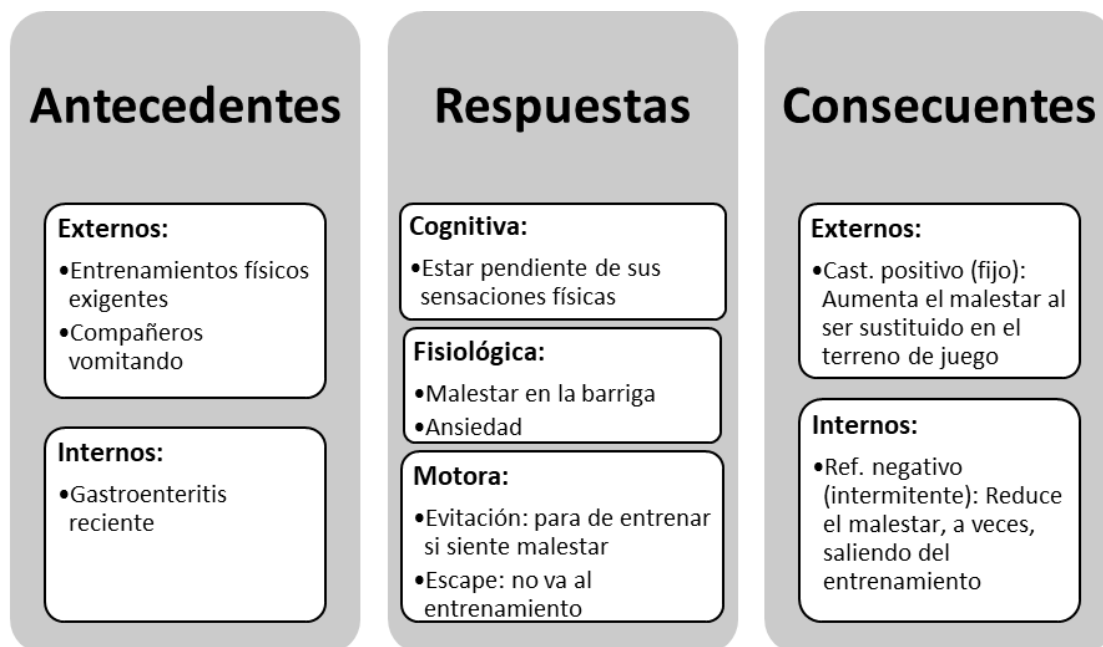
Desde entonces, cuando entrena, tiende a estar muy pendiente de las sensaciones físicas que tiene para prevenir un posible vómito. De hecho, si siente la mínima sensación de malestar en la barriga, cosa que la ansiedad puede provocar (como se le explicó), para de entrenar y se va al baño alegando encontrarse mal porque no puede parar de pensar en que está enfermando. Con el tiempo ha llegado a veces incluso a temer sentirse mal antes de ir a entrenar, y cuando no puede soportarlo o ese día tiene un entrenamiento con un equipo de mayor categoría —que conlleva una intensidad aún mayor— pone una excusa y se queda en casa con su padre.

Obviamente, al encontrarse en un entorno social, las consecuencias de su ansiedad obtienen un castigo positivo fijo cuando falta a los entrenamientos, pues el entrenador le relega más al banquillo y a Miguel le fastidia porque quiere ser una parte importante del equipo. Además, cuando se va de los entrenamientos al sentirse mal se convierte en un proceso de reforzamiento negativo intermitente, pues a veces le ayuda a zafarse de la ansiedad a

encontrarse mal y otras simplemente se sigue encontrando mal, pero en el vestuario. La figura 5 ilustra todo ello mediante el análisis funcional.

Figura 5

Análisis funcional de la conducta de ansiedad de Miguel



A Miguel se le explicó que, si nos auto observamos en exceso y nos preocupamos por sensaciones normales del cuerpo, magnificamos con nuestra atención —cual lupa— los síntomas de la ansiedad. Como no se puede controlar, sino convivir con ella, se le enseñó que hiciera todo aún con ansiedad, que no se esforzara en que se fuera su ansiedad sino a “entregarse” a ella y se le aseguró que no pasaba nada si necesitaba vomitar, aunque no le fuera a pasar. Esta solución fue suficiente para él, quizá influenciada también por la confianza que se puso en él. Tras seis sesiones se le dio el alta porque había comprobado que si se enfrentaba a ella ya no le molestaba y pudo volver a jugar al fútbol con normalidad.

2.3. Tratamiento

Aunque ya se ha especificado qué soluciones se les ofreció a estas personas, creo necesario adjuntar aquí una explicación más detallada de cómo fue la terapia. El tratamiento consistió en la utilización de soluciones desde el enfoque de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones, dirigidas a obtener un cambio de segundo orden. En estos casos, al tratarse de ansiedad, lo primero fue llevar a cabo una psicoeducación sobre qué es la ansiedad y cuál es su función, además de los síntomas que provoca y su relación con el miedo y la evitación. A continuación, se quitó peso a las malas soluciones emprendidas, que generaban un reforzamiento de la situación que provocaba que se mantuviera esa solución pero que no se resolviese el problema, y se enfocó la terapia a construir nuevas soluciones que sí resultaran

una forma diferente de enfrentarse al problema: no luchando contra la ansiedad, sino permitiéndole que existiera y conviviendo con ella.

Como puede observarse, el tratamiento no consistió en un programa concreto y preestablecido de actuaciones que no permiten la flexibilidad. Aunque el tratamiento de la ansiedad tenga esta base, las soluciones intentadas se basarán en aquellas que casen más con el estilo del cliente, con su forma de proceder o de entender la situación, adecuándose así a la construcción de la realidad del cliente y guiándonos por aquello que le parece una mejor solución; también es cierto que a veces existen clientes que no están muy dispuestos a emprender soluciones por encontrarse paralizados por el miedo, pero en esos casos se utilizan soluciones más contemplativas, adaptándonos una vez más a lo que realmente necesita a cada momento.

La media de sesiones entre estos casos fue de 4,6 sesiones por paciente. La estructura de las sesiones fue siempre parecida, siguiendo lo expuesto por Rodríguez-Arias y Venero (2006), en la cual se concreta el objetivo si se trata de la primera sesión, se trabaja el mismo en las posteriores y antes de que acabe el tiempo de sesión se hace algo más distintivo de este enfoque: la pausa. Cerca del final del tiempo de la sesión, la psicóloga sale a comentar con su equipo cuál es su opinión sobre el caso, momento en el cual el equipo le aporta aquellas opiniones que consideren importantes; las opiniones que da el equipo pueden confirmar el enfoque que está tomando el psicólogo, añadirle algo que pueda ser útil o pedirle que pregunte sobre algún aspecto que no ha quedado del todo claro al paciente.

3. Resultados

A través de las contestaciones de los clientes a los cuestionarios EER y EES, pasados en cada sesión a los pacientes al inicio y al final respectivamente, la versión electrónica de PCOMS generó una gráfica en la que se muestran los resultados del tratamiento; aporito, por tanto, las gráficas y no los cuestionarios cubiertos, por ser menos interesantes estos y estar resumidos los resultados en estas gráficas que provee la propia herramienta de PCOMS.

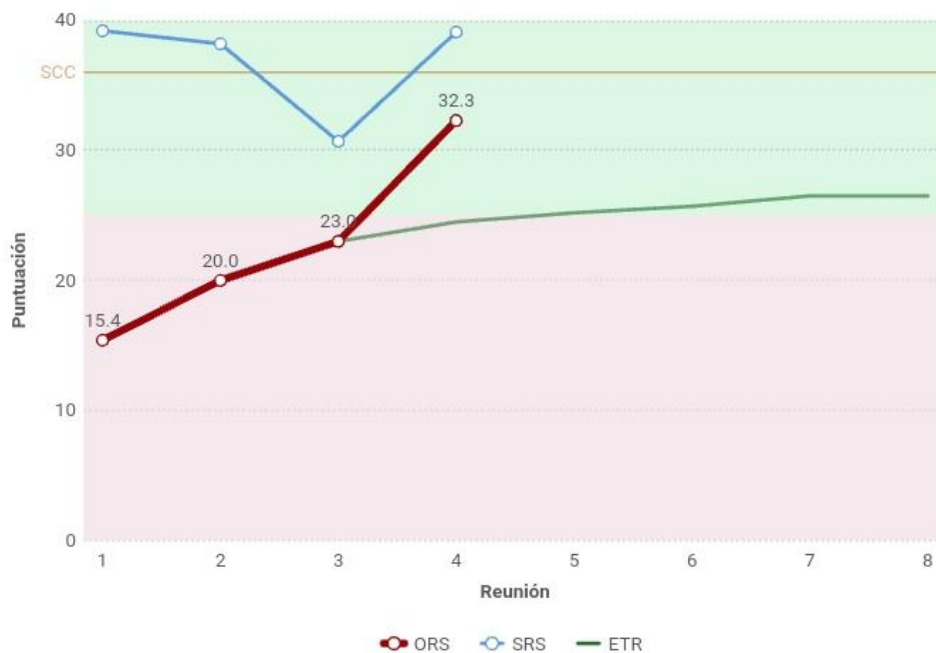
El caso de María tuvo 4 sesiones de duración, y su gráfica se adjunta en la figura 6; comenzó con un bienestar marcado por EER (ORS, identificado por una línea roja) nada más llegar a la primera sesión —y, por tanto, pretratamiento— de 15,4 sobre 40. Recordemos que el punto de corte clínico de 25, bajo el que se hallaba María, señala a aquellas personas que se beneficiarían de acudir al psicólogo. Entre la primera y la segunda sesión observamos un crecimiento de 4,6 puntos, y entre la segunda y la tercera de otros 3 puntos más. En esta tercera sesión María alcanza una puntuación de 23, rozando el punto de corte. Tras esta sesión, en la sexta y última, su objetivo de terapia se cumple y muestra una mejoría respecto a la anterior de 9,3 puntos, alcanzando una puntuación de 32,3 por encima del punto de corte clínico y se le da el alta —siendo esta puntuación la tomada como postratamiento—. La línea verde, que muestra el cambio esperado, siguió las puntuaciones de las primeras tres sesiones,

pero en la cuarta la puntuación de María creció por encima de la misma. El cambio total pre-post entre la primera y la última sesión fue de 16,9 puntos.

La alianza terapéutica comenzó siendo muy buena, teniendo en la primera y la segunda sesión una puntuación por encima de la que indica el cambio clínicamente significativo. En la tercera, no obstante, la alianza se redujo hasta una alianza pobre por debajo de la línea del cambio clínicamente significativo. Obviamente se preguntó por ello a María, quien respondió que no era por no haberse sentido comprendida sino por la tarea asignada, pues tenía miedo a pensar sobre las cosas que había estado evitando y era un poco escéptica a ello en ese momento. Aun así, se le explicó nuevamente con mayor detalle y cumplió con la tarea; a la siguiente sesión consiguió una alianza casi perfecta de nuevo y una mejora en el bienestar que hizo innecesario continuar la terapia.

Figura 6

Gráfica de María



El caso de Juan tuvo 4 sesiones de duración también, y su gráfica se adjunta en la figura 7. Al inicio, el bienestar pretratamiento indicado por la escala EER fue de 18,2 sobre 40, por debajo del punto de corte clínico de 25 y pudiendo ser beneficioso el haber acudido a terapia. Entre la primera y la segunda sesión existe un aumento del bienestar bastante notable de 6,8 puntos, que situó a Juan ya en el punto de corte clínico; esto se puede explicar como una mejora debida al propio acto de “estar en el sitio adecuado” y debido a la sensación de profesionalidad y de mejoría posible transmitida por la psicóloga ante un problema que quizá Juan veía irresoluble. Entre la segunda y la tercera sesión hubo otra mejoría de 6,5 puntos, pues al observar que el cambio había sido tan favorable se siguió el tratamiento por el mismo camino, siendo indicado por la gráfica que íbamos en buena dirección. Esto acabó de

confirmarse cuando, en la última sesión, Juan mostró una puntuación postratamiento de 32,4 y una mejoría de 0,9 puntos respecto a la anterior y desde la primera de 14,2 puntos; siendo tal la mejoría, la psicóloga y Juan vieron con buenos ojos el alta. Además, puede observarse que se obtuvo un cambio mayor del esperado por el programa de PCOMS.

La alianza terapéutica fue al principio excelente, con puntuaciones en las primeras dos sesiones por encima de la que indica el cambio clínicamente significativo. En la tercera, al igual que pasó con el caso de María, la puntuación de la alianza indicada por la EES se redujo y, aun siendo una alianza bastante fuerte aún, se posicionó por debajo de la línea del cambio clínicamente significativo. Al consultarlo con Juan, se comprendió que había sido porque no se había dado suficiente peso al tema de las discusiones con su novia, el cual la psicóloga no entendió como un tema central, pero él sí quiso haberlo tratado con más amplitud. La puntuación retornó a los niveles por encima del cambio clínicamente significativo cuando, en la última sesión, se hizo hincapié en esto y Juan quedó satisfecho con la terapia, por lo cual se acordó el alta por ambas partes.

Figura 7

Gráfica de Juan



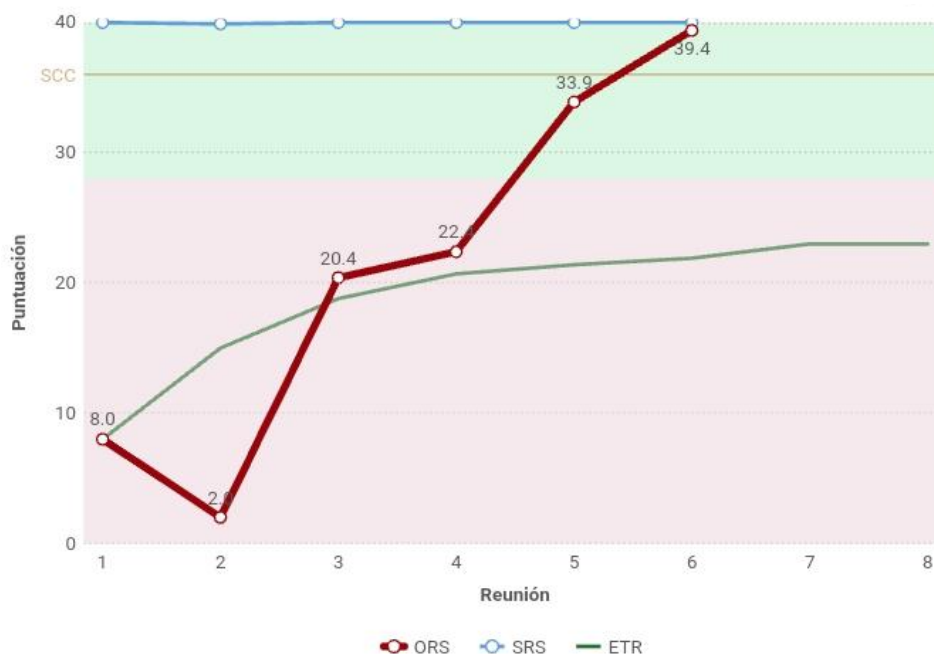
El caso de Miguel fue el más largo de los tres, con 6 sesiones como se puede observar en la gráfica de la figura 8; al comienzo, el nivel de bienestar pretratamiento fue de 8 sobre 40, la peor puntuación pretratamiento de los 3 casos y muy por debajo del nivel clínico, por lo que Miguel podría beneficiarse en gran medida de su visita al psicólogo. Tras la primera sesión, en la cual se buscaba conocer el caso y comprender qué soluciones podrían ponerse a prueba, la segunda obtuvo una puntuación aún inferior de 2 sobre 40. Obviamente, fue motivo de

pregunta para la psicóloga, ya que este empeoramiento debía tener una explicación; Miguel contó que había tenido una semana muy mala, en la cual se había exagerado su miedo a vomitar por problemas con sus compañeros de equipo. Tras atender esto y proponer la intervención, a la siguiente sesión hubo una mejora abismal de 18,4 puntos, llegando a los 20,4. La siguiente obtuvo una mejoría más modesta, de 22 sobre 40 y aún por debajo del punto de corte clínico, pero en la quinta sesión Miguel informó de un bienestar de 33,9, superando el punto de corte y obteniendo una mejoría de 11,9 puntos que volvió a aumentar en la sexta, con una puntuación postratamiento casi perfecta de 39,4. La mejoría total fue de 31,4 puntos, y aunque su gráfica era conservadora debido a su puntuación en las dos primeras sesiones, consiguió escalar rápidamente en el nivel de bienestar y rebasar ampliamente esta expectativa.

La alianza terapéutica fue perfecta a lo largo de todas las sesiones; según este dato, Miguel sintió una fuerte alianza con la psicóloga en todos los ámbitos de esta, por lo que la terapia siempre estuvo perfectamente adaptada a él y se sintió totalmente comprendido y ayudado. Un dato tan positivo hace también plantearse que estas puntuaciones se deban a un estilo de respuesta “excesivamente optimista” por parte de Miguel, pero no son nada extraño o preocupante.

Figura 8

Gráfica de Miguel









Además, pude llevar a cabo la observación no participante de la terapia en estos casos a lo largo de todo el proceso y todas las sesiones, lo cual me permite aportar que desde un punto de vista de observador también se vieron diferencias que no han sido registradas objetivamente, como son una postura corporal menos tensa, una velocidad del lenguaje más lenta y, en general, una actitud más relajada y menos centrada en problemas —llegando a

comentar en las últimas sesiones mucho más acerca de otros temas no centrados en las problemáticas—.

Resumiendo, y tal como aparece en la versión electrónica de PCOMS (véase la figura 9) el cambio total comparando la puntuación de la escala EER obtenida en la primera sesión (pretratamiento) y la última (postratamiento) nos permite comprobar que el cambio fue de 16,9 puntos en el primer caso, 14,2 puntos en el segundo y de 31,4 puntos en el tercero. La media de cambio pre-post fue de 20,83. Estos tres cambios fueron asociados, según el análisis de PCOMS, con un progreso del 100% y marcados como significativos, pues la aparición de un icono de estrella al lado del progreso indica que la mejoría ha sido significativa respecto a los datos que maneja el programa de otras sesiones, que utiliza como muestra para comparar.

Figura 9

Cambios e índices de progreso de los casos de María, Juan y Miguel según PCOMS

María	Primera (Fecha)	Cambio	Progreso
	15.4 (2022-11-22)	16.9	 100.0% 
Juan	Primera (Fecha)	Cambio	Progreso
	18.2 (2022-11-22)	14.2	 100.0% 
Miguel	Primera (Fecha)	Cambio	Progreso
	8.0 (2022-11-16)	31.4	 100.0% 

No obstante, otro análisis sobre estos tres casos, a mayores del realizado por PCOMS, arroja resultados distintos. El análisis tuvo que basarse en pruebas no paramétricas, al ser esta muestra inferior a 30 sujetos, con la intención de comparar las diferencias entre la primera sesión —pretratamiento— y la última —postratamiento— para muestras relacionadas, pues se midió la misma muestra en diferentes momentos. La prueba escogida para este análisis fue la prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas, para la cual se tomó una hipótesis nula de igualdad de medianas pre-post, una hipótesis alternativa de desigualdad de medianas pre-post y un nivel de significancia de 0,05. Como se puede observar en la figura 10, los resultados arrojaron una Z de -1,604 y una significación bilateral de 0,109, y al hallarse esta significación por encima del nivel de significancia establecido se decidió conservar la hipótesis nula de igualdad de medianas.

Figura 10

Resultados del análisis estadístico sobre los casos comentados con la prueba de Wilcoxon

Estadísticos de prueba^a

	ULTIMA - PRIMERA
Z	-1,604 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,109

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos negativos.

Este análisis conlleva la desconfirmación de la hipótesis alternativa, que hubiera permitido concluir que el tratamiento sí fue efectivo. No obstante, existen razones por las cuales este resultado debe ser tomado con cautela. Para comenzar, la utilización de pruebas paramétricas se asocia a un mayor riesgo de tener que aceptar la hipótesis nula y rechazar la alternativa que si se lleva a cabo el análisis mediante sus contrapartes paramétricas, ya que en general la significación obtenida al realizar un análisis no paramétrico es menor que al usar una prueba paramétrica sobre los mismos datos. Por otro lado, la pequeña muestra utilizada puede no representar con suficiente solidez la mejoría que se podría extrapolar a otros casos. La disonancia entre el análisis del PCOMS, donde se juzgó que esta mejoría era 100% significativa (véase la figura 9 de nuevo), y el realizado mediante la prueba de Wilcoxon puede deberse a que PCOMS analiza la mejoría de los casos utilizando los datos que obtiene de otros casos; siendo así, puede concluirse que una muestra mayor podría ayudar a la confirmación de la hipótesis alternativa, que permitiría afirmar que hay diferencia entre la condición pretratamiento y la postratamiento.

Estos resultados estadísticos no permiten apuntar a la total confirmación de la pregunta de esta investigación, aludiendo a que la TBCS podría no ser efectiva en el tratamiento de la ansiedad según los datos de estos 3 casos medidos mediante las escalas de PCOMS. El por qué a esta cuestión se discutirá en el apartado posterior.

4. Discusión

Los resultados de este estudio, a pesar de no ser concluyentes por la discrepancia de los análisis, tienen implicaciones importantes de cara a la práctica clínica; la mejoría de estos casos sugiere que el uso de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones fue efectivo para síntomas relacionados con la ansiedad según el análisis de PCOMS en estos casos, aunque no según la prueba de Wilcoxon.

La razón de indicar que las implicaciones son importantes pese a que la prueba de Wilcoxon asumiera como no significativa la diferencia se puede deber a las restricciones que genera un estudio de casos, en el que su reducida muestra impide con facilidad que los análisis estadísticos sean más significativos. No obstante, no es el objetivo de un estudio de casos conseguir que sus conclusiones puedan generalizarse y aplicarse a una población, lo cual requeriría un control experimental fuerte y la aleatorización de la aplicación del tratamiento y de la muestra para asegurar su eficacia de forma contundente. Por otra parte, sería debatible la suposición de que esta terapia es solo útil en casos aislados o seleccionados; la gran variedad de entornos y poblaciones estudiadas con las múltiples modalidades de la TBCS sugieren que, a priori, puede ser útil en un amplio rango de aplicaciones (Gingerich y Eisengart, 2000).

Posteriormente, autores como Bond et al. (2013) también han dado cuenta de ello y, pese a que han concluido que las investigaciones de los últimos años han apoyado a la TBCS, este apoyo es aún preliminar debido a las limitaciones metodológicas que presentan los estudios; esto se debe a que estos estudios utilizan muestras excesivamente reducidas, ausencia de grupos de control, ausencia de monitorización fidedigna, confianza en el autoinforme, falta de seguimiento a largo plazo y muestras comunitarias que no estaban claramente definidas. La razón de esto radica en que muchos estudios han sido llevados a cabo durante la práctica clínica diaria de los profesionales que utilizan esta terapia, aunque esto también nos señala que su utilidad en la práctica diaria es innegable. Sería útil una mayor colaboración entre estos practicantes y los investigadores, superando finalmente las restricciones de ambos campos.

Es importante anotar que el mecanismo de actuación que subyace a la TBCS y a otras terapias es en ocasiones similar o indistinto; los tratamientos poseen componentes que, aunque se conceptualizan y se basan en una teoría concreta, pueden alcanzar unos resultados muy parejos a los de otras terapias. Al fin y al cabo, el tratamiento de la ansiedad desde este enfoque no es diferente del que expone la ansiedad, pero sí la explicación de por qué sucede y dónde se pone el foco. Desde la TBCS es más importante construir una solución y aplicarla para habituarse a la ansiedad que buscar un tratamiento más lento que pudiese incluso incluir terapia cognitiva, pero ambos enfoques buscan el mismo objetivo, aunque con otras palabras: acercarse a lo que provoca miedo lo elimina, y alejarse del mismo genera más miedo. Y aunque la solución no sea siempre exactamente esta, sí lo es en esencia su objetivo.

Los resultados extraídos de estos casos apoyan la idea de que esta terapia es, en efecto, breve. Los dos casos de cuatro sesiones cada uno y el tercero de seis sesiones arrojan una media de sesiones por caso de 4,6; aunque sea un reducido número de casos, esta media es claramente inferior a la propuesta por el Instituto Nacional para la Calidad de la Sanidad y de la Asistencia de Reino Unido (NICE), que recomienda que sean ofrecidas entre 14 o 20 sesiones dependiendo del problema presentado (The National Collaborating Centre for Mental Health, 2023). Esta breve duración de terapia es muy positiva ya que altera menos la vida del paciente al centrar al terapeuta en resolver, con la mínima duración posible, aquellos problemas

que han traído al paciente consulta, sin eternizar el tratamiento innecesariamente. La mayor duración de la psicoterapia ha sido incluso inversamente correlacionada con los resultados, por lo cual un mayor número de sesiones implicaría peores resultados (King, 2015).

Este acortamiento de las terapias sería especialmente útil a la vista de la actual situación que atraviesan los psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud, donde las sesiones son necesariamente cortas y espaciadas, y también en los centros privados, donde suele haber mayor disponibilidad para llevar a cabo terapias con sesiones más largas y habituales, pero a cambio de un desembolso económico importante, el cual puede ser restrictivo para las familias con menor renta. Además, autores como Wu et al. (2021) advierten, tras la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, que las intervenciones para la salud mental se necesitan urgentemente para prevenir que aumente la incidencia de problemas mentales. Es una propuesta interesante la aplicación de terapias como la TBCS, con una relevancia importante de cara al ahorro de recursos, para la práctica clínica, la descongestión de los Sistemas Nacionales de Salud y la reducción del gasto económico para los pacientes, algunos de los cuales ven eternizado su paso por terapia.

De cara al futuro es necesario que la investigación científica se enfoque en continuar agregando evidencias con altos índices de validez y fiabilidad que permitan afianzar el corpus teórico de esta terapia. Aunque no haya sido el objetivo de este trabajo, como ya se ha reiterado, espero que este y otros estudios fomenten la TBCS como una interesante alternativa a estudiar que permita tratar la ansiedad y el malestar psicológico general en un menor número de sesiones, descongestionando con ello los sistemas de salud y las consultas psicológicas. En el futuro sería necesario llevar a cabo

La finalidad de este estudio ha sido comprobar cómo funciona la TBCS en el tratamiento de la ansiedad y los resultados han apuntado a que, efectivamente, consiguió suponer aumentos en el bienestar en estos casos concretos, aunque no puedan ser juzgados como significativos. Es relevante además que los tres casos obtuvieron el alta por decisión consensuada con la psicóloga cuando se sintió suficiente mejoría por parte de los propios pacientes, y desde una postura algeudónica —en la que se prima lo que el paciente siente como bienestar o no— se concluye que esta terapia ha sido satisfactoria para los tres casos.

A pesar de la obvia limitación que supone la desconfirmación de la mejoría significativa por parte del análisis de Wilcoxon, tanto PCOMS como la mejoría subjetiva de los pacientes atestiguan que esta terapia tiene un potencial nada desdeñable. Este estudio debe servir para que de cara al futuro la investigación científica se enfoque en seguir construyendo una base de estudios de casos en aumento, con investigaciones profesionales que puedan analizar en muestras mayores el alcance de esta terapia que tiene un futuro muy prometedor. Sugeriría, en estas investigaciones, que se tomara en cuenta más el factor más importante de todos: la sensación de mejora de la persona. Ninguna otra evaluación, criterio o análisis estadístico es tan potente como el bienestar percibido, razón por la cual aquí se ha utilizado PCOMS como

herramienta de medición del bienestar y de feedback de la terapia. Y este bienestar, con sus infinitas concepciones del mismo, es a lo que debemos aspirar como profesionales de la salud.

A mayores, mi análisis personal es muy positivo acerca de esta terapia. Su funcionamiento práctico es eficaz y eficiente, encontrando dentro de la persona la solución a su problema y conceptualizando este de forma más benigna que la TCC; gracias a la TBCS es posible darse cuenta de cuán relevante es para la terapia cómo se entiende una situación para saber qué es un problema y que no, pues cada persona construye una visión de la realidad que puede distar mucho de nuestra comprensión del problema. En ello se basa la selección de la solución que más se adapta al caso que tenemos delante de nuestros ojos, con un feedback constante acerca de qué parece o no una buena solución. Además, el cambio mediante el lenguaje de esta realidad constituye un cambio estable en la persona y una forma diferente de relacionarse con sus problemas.

5. Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*. Editorial Médica Panamericana.
- Aparicio, M. E., Sánchez, M. P. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3).
- Barlow, D. H. (2001). *Anxiety and Its Disorders*. Guilford Publications.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología*. McGraw Hill.
- Bond, C., Woods, K., Humphrey, N., Symes, W. y Green, L. (2013). Practitioner Review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: a systematic and critical evaluation of the literature from 1990-2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(7), 707-723. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12058>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González, H. e Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales De Psicología*, 10(2), 145-156.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J. y Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502-514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
- Corcoran, J. y Pillai, V. (2009). A review of the research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work*, 39(2), 234-242. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm098>
- Daniali, H., Martinussen, M. y Flaten, M. A. (2023). A global meta-analysis of depression, anxiety, and stress before and during COVID-19. *Health Psychology*, 42, 124-138. <https://doi.org/10.1037/hea0001259>
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). Brief Therapy: Focused Solution Development. *Family Process*, 25(2), 207-221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x>
- del Río Olvera, F. J., Cabello Santamaría, F., Cabello García, M. A. y Aragón Vela, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1), 80-89.

- Duncan, B. L. y Reese, R. J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) Revisiting the Client's Frame of Reference. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 52(4), 391-401. <https://doi.org/10.1037/pst0000026>
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Fanselow, M. S. y Lester, L. S. (1988). A Functional Behavioristic Approach to Aversively Motivated Behavior: Predatory Imminence as a Determinant of the Topography of Defensive Behavior. *Evolution and Learning* (pp. 197-224). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203781647-14>
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A. y Johnson, S. (2017). Solution Focused Brief Therapy: A Systematic Review and Meta-Summary of Process Research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(1), 16-30. <https://doi.org/10.1111/jmft.12193>
- Gimeno, A. (2021). *Mejorando los resultados en psicoterapia*. Pirámide.
- Gingerich, W. J. y Eisengart, S. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research. *Family Process*, 39(4), 477-498. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39408.x>
- González-Martín, C., Lois, N. y Muñoz, N. (2010). Drogas de diseño y xantinas.
- Jordan, S., Froerer, A. y Bavelas, J. (2013). Microanalysis of Positive and Negative Content in Solution-Focused Brief Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Expert Sessions. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), 46-59. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2013.32.3.46>
- Kim, J. (2013). Solution-Focused Therapy treatment manual for working with individuals. *Solution-Focused Brief Therapy* (pp. 14). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781483352930.n2>
- Kim, J., Jordan, S. S., Franklin, C. y Froerer, A. (2019). Is Solution-Focused Brief Therapy Evidence-Based? An Update 10 Years Later. *Families in Society*, 100(2), 127-138. <https://doi.org/10.1177/1044389419841688>
- King, M. (2015). Duration of psychotherapy has little association with outcome. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 93-94. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160978>
- Korman, H., Bavelas, J. y De Jong, P. (2013). Microanalysis of Formulations in Solution-Focused Brief Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, and Motivational Interviewing. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), 31-45. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2013.32.3.31>

- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in psychotherapy* (pp. 90-102). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10546-004>
- Martínez-Monteaudo, M. C., Inglés, C. J., Cano Vindel, A. y García-Fernández, J. M. (2012). *Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang*. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS).
- Navarro, X. (2002). Fisiología del sistema nervioso autónomo. *Revista de neurología*, 35(6), 553. <https://doi.org/10.33588/rn.3506.2002013>
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2019). Evidence-based psychotherapy relationship: the Third Task Force. En Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (Eds.), *Psychotherapy Relationships that Work* (3ª ed., Vol. 1, pp. 1-23). Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (11ª ed.)*.
- Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 413-421. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/cotte>
- Pittig, A., Heinig, I., Goerigk, S., Thiel, F., Hummel, K., Scholl, L., Deckert, J., Pauli, P., Domschke, K., Lueken, U., Fydrich, T., Fehm, L., Plag, J., Ströhle, A., Kircher, T., Straube, B., Rief, W., Koelkebeck, K., Arolt, V., . . . Wittchen, H. (2021). Efficacy of temporally intensified exposure for anxiety disorders: A multicenter randomized clinical trial. *Depression and Anxiety*, 38(11), 1169-1181. <https://doi.org/10.1002/da.23204>
- Rodríguez-Arias, J. L. y Venero, M. (2006). *Terapia familiar breve: guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. CCS.
- Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., de la Cámara, C., Lobo, A. y Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 109, 110207. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
- Snell, R. (2010). *Neuroanatomía clínica*. Wolters Kluwer Health.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. *BDCAP Series 2*. [Publicación en Internet]. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

- The National Collaborating Centre for Mental Health. (2023). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. [Publicación en Internet]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/the-nhs-talking-therapies-manual-v6.pdf>
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. M. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13(2), 141-168. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x>
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J. y Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Yerkes, R. M. y Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *The Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18(5), 459-482. <https://doi.org/10.1002/cne.920180503>

6. Anexos

Anexo A. Escala de evaluación de resultado (EER)

ENCUESTA DE RESULTADO¹

Nombre: _____ PI
Nº sesión: _____ Fecha _____ Nº Hª: _____ Acomp.

Pensando sobre la semana pasada, incluyendo hoy, ayúdenos a entender cómo se ha estado sintiendo en las áreas incluidas en esta encuesta. Marcas a la izquierda representan niveles bajos y marcas a la derecha representan niveles altos.

Individualmente: (Bienestar personal)

Mal I-----I Bien

Con otras personas: (Familia, relaciones cercanas)

Mal I-----I Bien

Socialmente: (Trabajo, Escuela, Amistades)

Mal I-----I Bien

Global (en general): (Sentido general de bienestar)

Mal I-----I Bien

Instituto de Estudio hacia el Cambio Terapéutico

www.talkingcure.com

¹ © 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan. Traducción por: Rafael S. Harris, Jr., Psy. D. (conchalers@yahoo.com)

Anexo B. Escala de evaluación de la sesión (EES)

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN (versión 3.0)²

Nombre: _____ PI
Nº sesión: _____ Fecha: _____ Nº Hª: _____ Acomp.

Por favor indique cómo fue la cita de hoy poniendo una marca vertical en la línea que más cerca se aproxime a su experiencia.

Relación con terapeuta:

Sentí que el terapeuta
no me escuchó,
no me entendió I-----I Sentí que el terapeuta
me escuchó,
me entendió y me respetó

Metas y Temas:

No trabajamos ni hablamos
de lo que yo quería
trabajar y hablar I-----I Trabajamos y hablamos
de lo que yo quería
trabajar y hablar.

Enfoque o Método:

El enfoque del
terapeuta
no va conmigo I-----I El enfoque del
terapeuta
va conmigo.

Global (en general):

Algo faltó en
la cita de hoy I-----I Globalmente, la cita
de hoy fue buena para mi

Instituto de Estudio hacia el Cambio Terapéutico

www.talkingcure.com

¹ © 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan. Traducción por: Rafael S. Harris, Jr., Psy. D. (conchalers@yahoo.com)