



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en Psicología con Orientación en
Terapia Breve

Tesis

**EL PROCESO EN PSICOTERAPIA COMBINANDO
DOS MODELOS: CENTRADO EN SOLUCIONES Y
COGNITIVO CONDUCTUAL**

**THE PROCESS IN PSYCHOTHERAPY COMBINING TWO MODELS:
SOLUTION FOCUS AND COGNITIVE BEHAVIORAL**

Lic. Jorge Ramírez Treviño
Dr. José Cruz Rodríguez Alcalá

Monterrey, Nuevo León. 21 de Marzo del 2012

EL PROCESO EN PSICOTERAPIA COMBINANDO DOS MODELOS: CENTRADO EN SOLUCIONES Y COGNITIVO CONDUCTUAL

Jorge Ramírez Treviño ¹ y José Cruz Rodríguez Alcalá ²
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Psicología

RESUMEN

El presente artículo, tomó en cuenta tres objetivos principales. En el primer propósito de este estudio, se analizó el proceso psicoterapéutico de un modelo que combina los enfoques centrado en soluciones y cognitivo conductual. Este análisis, se llevó a cabo a través de un método híbrido dividido en dos etapas, una cuantitativa que consistió en un análisis descriptivo ex post facto de casos múltiples; y otra cualitativa, conformada por terapeutas para la realización de una sesión de grupo de enfoque. Los resultados obtenidos para este objetivo revelaron mayor uso del enfoque en soluciones, en comparación al cognitivo conductual. El segundo propósito consistió en comparar ambos modelos y encontrar sus semejanzas en la práctica clínica. Y el tercer propósito, se asentó en una propuesta la cual pretende equilibrar la utilización de los enfoques Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual.

Palabras Clave: Terapia Breve / Terapia Centrada en Soluciones / Terapia Cognitivo Conductual

¹ Egresado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Psicólogo y docente en la Universidad de Monterrey.
Correo de contacto: jorge.ramirez@udem.edu.mx

² Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
Correo de contacto: jose.rodriqueza@uanl.mx

THE PROCESS IN PSYCHOTHERAPY COMBINING TWO MODELS: SOLUTION FOCUS AND COGNITIVE BEHAVIORAL

ABSTRACT

The first aim of this paper was to analyze a psychotherapeutic intervention that combines the brief solution focused therapy and the cognitive behavioral therapy. Through a hybrid method, it took place in two stages: the quantitative, who consisted on an ex post fact descriptive analysis of multiple cases; and the qualitative, who uses a focus group of selected therapists, to discuss about some topics related to the research. The results for this first objective, confirmed an unbalanced practice of this two models, leaving the cognitive behavioral model behind de other. The second aim consisted on making a comparison between the two models and notice about the similarities. Finally, the third aim consisted on a proposal that intends to equilibrate the application of these two models.

Key Words: Brief Therapy / Solution Focused Brief Therapy / Cognitive Behavioral Therapy

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge por la inquietud de hacer una revisión de la praxis clínica en cuanto la aplicación de los enfoques: centrado en soluciones y cognitivo conductual, utilizados en la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Esta inquietud nace debido a que teóricamente estos dos enfoques aparentemente son contrarios en algunos aspectos, puesto que uno se basa en el problema, mientras que el otro en las soluciones (Nezu, Nezu, Lombardo, 2006 y De Shazer, 1988). Sin embargo, a pesar de las diferencias de cada uno de los enfoques, “aparentemente contradictorios” debido a su punto teórico de partida, en la práctica clínica (combinando ambos enfoques) hemos encontrado efectos positivos, no comprobados empíricamente aún, los cuales nos dimos a la tarea de investigar y documentar enfocándonos específicamente en el proceso, más que en el resultado. A continuación describiremos brevemente cada uno de los enfoques, así como lo que definimos como terapia breve.

Terapia Breve

Los enfoques utilizados en dicha maestría parten de una modalidad breve de psicoterapia. La psicoterapia breve se distingue según Bitter y Nicoll (2000) por cinco características principalmente: el número de sesiones, el foco de atención, la directiva del terapeuta, el cambio de percepción de los problemas en soluciones y la asignación de tareas conductuales. Sin embargo, en un principio, quienes nos hemos inclinado por este tipo de modalidad de terapia, nos hemos hecho la pregunta de ¿qué significa exactamente “psicoterapia breve”? De Shazer (1995) menciona que, a mediados de los 70’s, el Centro de Terapia Breve del Instituto de Investigación Mental, determinó un promedio de 10 sesiones como base de la terapia breve. Esto partiendo del hecho que puede variar dependiendo el caso y el paciente. No obstante, a lo que a los autores respecta según su práctica clínica, la Terapia Breve significa el menor número de sesiones, pero siempre las necesarias, según sea el caso. Para ello, cuando los pacientes preguntan qué significa eso, la respuesta que comúnmente se les proporciona es: “probablemente más sesiones de las que usted cree, pero quizá menos de las que usted piensa”. Y de esa manera se crea un tiempo mental relativo en el paciente. Aún más, y complementando la definición de De Shazer, la cual sólo hace referencia al número de sesiones, se podría agregar que esta modalidad de terapia igualmente se distingue por: a) como el terapeuta muestra una directiva donde el paciente es el experto; b) el centro de atención, en lugar de ser el problema, son las posibles soluciones y los recursos de los pacientes; y c) las actividades facilitadoras del cambio (tareas) que complementen el trabajo durante la sesión.

Profundizando aún más, quisiéramos destacar de manera escueta algunos antecedentes de la psicoterapia breve. Ésta se remonta a mediados de los años 50’s, época de la posguerra donde la necesidad de atender los traumas y la diversidad de problemáticas psicológicas, demandaban tratamientos donde sus características fueran la rapidez y eficacia al mismo tiempo, para alcanzar a trabajar con el mayor número de afectados en el menor tiempo posible. Algunos de sus iniciadores son Milton Erickson, Harry Sullivan, Don Jackson, Paul

Watzlawick y Jay Haley, entre otros (Oblitas, 2008). Por otra parte, cabe mencionar que cada década ha ido evolucionando, teniendo en referencia un mayor número de investigaciones que avalan su efectividad, al grado que muchas otras corrientes terapéuticas han optado por incluir dentro de sus posibilidades este tipo de modalidad. Por ejemplo, actualmente podemos encontrar una modalidad breve en las Terapias Cognitivo Conductuales, el Psicoanálisis, Terapias Sistémicas, y algunas otras más (Ellis, 1999).

Partiendo de todo esto, el presente artículo considera dos de estas corrientes de psicoterapia: la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), puesto que son las que se trabajan principalmente en la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve y además son el centro de esta investigación.

Terapia Breve Centrada en Soluciones

La Terapia Breve Centrada en Soluciones es un enfoque contemporáneo de terapia breve desarrollado por Steve de Shazer, su esposa Insoo Kim Berg y su equipo en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee (de Shazer, 1985, 1991, 1994, 1995). Ésta, surge de dos grandes influencias dentro de la psicoterapia, por una parte retoma los trabajos elaborados por Milton H. Erickson en cuanto a trabajo en soluciones, el lenguaje de influencia y la utilización de los recursos del paciente; mientras que por otra parte, integra el trabajo sistémico desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

En la Terapia Breve Centrada en Soluciones el tratamiento oscila entre 2 y 10 sesiones dependiendo el caso. Sin embargo en ocasiones puede ser suficiente una sola consulta o bien ocupar más de 10. Aquí lo importante es que tanto el terapeuta como el paciente estén conscientes de que el número de sesiones es flexible y moldeable a cada caso particular, siempre buscando alcanzar los objetivos. Por lo regular éstas suelen durar aproximadamente una hora, y son más espaciadas a medida que se producen mejorías en los objetivos que plantean los pacientes en un principio. Así, se suele dejar una o dos semanas entre la primera entrevista y la segunda; y se aumenta posteriormente el intervalo a tres semanas

o un mes según se vayan alcanzando los objetivos. Asimismo, se puede hacer un equipo reflexivo o de colaboración terapéutica (Beyebach, 1995), aunque en realidad no es obligatorio este formato.

Cuando se tienen los medios necesarios para poder trabajar en equipo para un caso, éste suele observar la sesión desde un cristal unidireccional. A su vez, el equipo suele hacer intervenciones ya sea directamente o a través del terapeuta utilizando un intercomunicador entre ambas salas. Para ello, existen técnicas preestablecidas, tales como: intercambiar opiniones con el terapeuta durante las pausas, diseñar la intervención final, y/o planificar sesiones futuras; las cuales pueden ser utilizadas como parte del objetivo de la sesión (Navarro y Beyebach, 1995).

Según Berg y Doland (2001) las premisas básicas que guían la Terapia Breve Centrada en Soluciones son: a) si funciona, sigue haciéndolo; b) si no funciona, detente y haz algo diferente; y c) lo que no es un problema para el paciente, no es un problema para el terapeuta³.

Trepper y sus colaboradores en el 2006, mencionan que en cuanto a la aplicación de la terapia, existe un procedimiento típico que el mismo De Shazer recomienda llevar a cabo; pero a su vez menciona que puede ser flexible siempre y cuando no se pierda el verdadero sentido de la terapia (citado en González, Estrada y O'Hanlon, 2007). De hecho es importante que al momento de emplear este enfoque, el terapeuta no sea rígido en su aplicación, es decir, puede utilizar técnicas aledañas a otros enfoques siempre y cuando se ajusten a sus premisas básicas y principios fundamentales.

En cuanto al contenido de la terapia, ésta se centra en los recursos de los pacientes, dicho de otra manera, en aquellas situaciones en las que no se presenta el problema (excepciones) o en aquellos aspectos relacionados con un futuro sin que este presente el problema (objetivos).

³ Cabe mencionar que los autores de este artículo consideran el inciso "c" como un punto a reflexionar, sin embargo se reservarán profundizar al respecto.

En otras palabras, la terapia apenas se interesa por los problemas o los intentos de solución fallidos; al contrario, se ocupa principalmente de analizar aquello que sí funciona y satisface al paciente (Beyebach, 1995).

Las excepciones son sin duda un parte fundamental cuando se trabaja centrado en soluciones. Por ello, podemos distinguir brevemente cinco pasos en el trabajo con excepciones según Beyebach (1999): elicitación, marcar la excepción, ampliar, atribuir control y seguir.

Por último se hablará de cómo la Terapia Breve Centrada en Soluciones, a pesar de ser un enfoque relativamente nuevo, comparado con algunos otros, lentamente ha ido logrando enormes avances en investigación tanto en los resultados de sus intervenciones como en el mejoramiento de sus procesos de aplicación (Estrada et al., 2006). Una evidencia de ello, es el estudio de George, Iveson y Ratner (1990) el cual menciona que en general, los pacientes atendidos con Terapia Breve Centrada en Soluciones parecen evolucionar favorablemente, ya que la tasa de éxito oscila entre el 66% y el 86%.

A continuación, se hará una ligera revisión de la Terapia Cognitivo Conductual, y aunque ésta puede ser utilizada dentro de la modalidad breve, se explicará desde una visión más general.

Terapia Cognitivo Conductual

A lo largo de los años, se han estudiado distintos puntos de vista acerca de la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales. Estas técnicas son de gran utilidad, tanto para el análisis como para la intervención de numerosos trastornos y problemáticas psicológicas, que llevan a los pacientes a tomar psicoterapia. En añadidura a esta opinión, Becoña (1991) y Bragado y Carrasco (1987) mencionan que las técnicas cognitivo conductuales son efectivas principalmente por el componente conductual que conllevan, más que por el cognitivo. No obstante, los autores consideran que: a) el elemento cognitivo también juega un papel especial para lograr el cambio en las personas y b) que el complemento de ambos es lo que hace que se logre los resultados tan eficaces que se obtienen en este tipo de terapia.

Algunos de sus importantes autores son Albert Ellis, Aaron Beck y Donald Meichenbaum. Estos tres autores destacaron por ser quienes realizaron unas de las mayores y más importantes aportaciones a la terapia. Sin embargo, existen muchos otros terapeutas e investigadores que se han encargado de perfeccionarla y así transformarla en uno de los principales enfoques de la psicología aplicada alrededor del mundo.

Méndez, Olivares y Moreno (1998) refieren que la teoría cognitivo conductual acentúa como las irracionalidades y desadaptaciones de los pensamientos son los principales impulsores de las falsas interpretaciones del medio. En complemento a lo anteriormente mencionado, Becoña, Vázquez y Oblitas (2008) mencionan recientemente en sus textos algunas ideas irracionales que Ellis consideraba como universales, o aplicables para cualquier persona en el mundo, independientemente de su cultura o ubicación. Sin embargo, vistas desde un punto de vista contrario a lo irracional, se mostrará como el mismo Ellis, junto con su colega Bernard distinguieron los siguientes pensamientos, como propios para actitudes racionales: mostrar interés social, buscar la flexibilidad en el pensamiento, tener alta tolerancia a la frustración, aceptar la incertidumbre, poseer interés por uno mismo, obtener un pensamiento científico, lograr la autoaceptación, buscar la autodirección, tomar riesgos, alcanzar el hedonismo con visión a futuro, buscar el involucramiento en actividades creativas, encontrar la propia responsabilidad de sus cambios emocionales; y aceptar que las utopías son difíciles de alcanzar (Ellis y Bernard, 1985).

Por otra parte, Beck propone en su modelo cognitivo de la depresión algunos errores en el procesamiento de la información. Entre estos destacaremos algunos de ellos: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización, pensamientos absolutistas o dicotómicos, entre otros.

Sánchez, Rosa y Olivares (1999) y posteriormente Becoña et al. (2008), presentan la división de las técnicas utilizadas en la terapia cognitivo conductual, propuesta originalmente por Mahoney y Arnoff, en la década de los 70's, en esta división, se presentan 3 grandes grupos de técnicas: 1) las que se concentran en

fundar nuevas habilidades a la hora de enfrentarse y manejar las dificultades presentes (ej. las utilizadas por Kazadin, Meichenbaum y Cameron); 2) las terapias que buscan apoyar al sujeto a percibir racional y objetivamente su realidad (ej. las utilizadas por Beck, Ellis, Meichenbaum) y 3) las centradas en cambiar la manera de afrontar realidades para las que el sujeto cree no tener posibilidad de solución (ej. las utilizadas por D´Zurilla y Goldfried, Mahoney, Spivack, Platt y Shure).

Asimismo, los autores mencionados indican que las técnicas de resolución de problemas más comunes son: la terapia de resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried; la técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack, Platt y Shure y el procedimiento de ciencia personal de Mahoney. Mientras que los entrenamientos en habilidades de afrontamiento que podemos distinguir son: entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson; entrenamiento en inoculación de estrés y técnicas de autocontrol. Por último, las técnicas de reestructuración cognitiva de mayor utilización son: Terapia Cognitiva de Beck, Terapia Racional Emotiva de Ellis, Reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried, y Entrenamiento Autoinstruccional de Meichenbaum.

Marco de Investigación

Regresando al objetivo del estudio, luego de esta breve síntesis que muestra de manera general cada uno de los enfoques utilizados, nos surgieron las siguientes preguntas: ¿Qué elementos en el proceso de la praxis, al utilizar los enfoques breves centrado en soluciones y cognitivo conductual, fueron los más utilizados para realizar una terapia breve? ¿Qué similitud existe entre la Terapia Breve Centrada en Soluciones y Terapia Breve Cognitivo Conductual en función al proceso en psicoterapia? ¿Qué elementos en el proceso habríamos de agregar, de manera práctica, para alcanzar un modelo más equitativo e integral? ¿Cuál sería una buena propuesta?

A partir de estas preguntas, se determinó que los objetivos de esta investigación fueran encaminados a revisar el proceso de cambio de los pacientes atendidos en la maestría bajo la incorporación de la Terapia Breve Centrada en

Soluciones y la Terapia Cognitivo Conductual; y proponer mejoras en la integración de estos dos enfoques, específicamente en el proceso de intervención clínica aplicado en la Maestría.

Para ello, se observaron los elementos claves más utilizados en la praxis desde los diferentes enfoques de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Terapia Cognitivo Conductual según lo han determinado algunos de sus autores (David, 2002; Nezu et al., 2006; Beck, 2000; Herrero y Beyebach, 2004 y De Shazer, 1995), se obtuvo la media de sesiones por caso revisado en la Maestría, según el tipo de problemáticas, se verificó si en la sesiones se apegan sólo a la Terapia Breve Centrada en Soluciones y Terapia Cognitivo Conductual o usan intervenciones de otros modelos psicoterapéuticos; se distinguieron las diferencias en cuanto a la inclinación de los terapeutas hombres y mujeres a la aplicación apropiada de ambos modelos, a la hora del proceso de terapia; se obtuvo una media de sesiones en donde se haya realizado trabajo sobre emociones (Lipchik, 2004); y finalmente se propuso un balance más equitativo, agregando elementos cognitivo conductuales en las primeras sesiones y flexibilizando la incorporación de algunos otros enfoques complementarios.

MÉTODO

Esta investigación consistió en un análisis descriptivo, bajo un diseño ex post facto de casos múltiples (Arzaluz, 2005), en donde se revisó, a través de video grabaciones de casos reales, el proceso realizado en psicoterapia llevado a cabo por los integrantes de la Maestría en Terapia Breve de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el periodo de Junio 2009 a Diciembre 2010.

El presente estudio es considerado una investigación híbrida (mixta) la cual se llevó a cabo en dos etapas: la primera cuantitativa y la segunda cualitativa. Para la primera etapa, la muestra fue no probabilística y de conveniencia o de sujetos tipo (Gall, Gall y Borg, 2003; Popham, 1993), en esta etapa se requirió de videograbaciones de pacientes vistos en la maestría, para la recaudación directa de los datos. Mientras que en la segunda etapa, se utilizó una muestra

homogénea conformada por terapeutas para la realización de un grupo de enfoque (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Participantes

Para la fase cuantitativa, los participantes seleccionados para fines de este estudio, fueron 11 pacientes mayoritariamente adultos, quienes recibieron su tratamiento en Cámara Gessell de la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León; por parte del equipo de terapeutas de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Así mismo, para la etapa cualitativa, se utilizó a un equipo homogéneo de 6 terapeutas familiarizados con el trabajo que se lleva a cabo en la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve, para realizar un grupo de enfoque y profundizar sobre los juicios de los terapeutas acerca de lo que se está investigando.

Materiales

Los materiales utilizados para esta investigación consistieron en:

1. Lista que desglosa los elementos básicos de la Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Breve Centrada en Soluciones, utilizada como base para el análisis de los datos registrados.
2. Hojas de registro para la observación de los videos diseñada especialmente para este estudio.
3. Para la sesión de grupo de enfoque: se utilizaron preguntas guía, bitácora de campo, videograbadora, carta de consentimiento, hojas de registro y computadora.
4. Cámara de Video.
5. Video grabaciones de sesiones con pacientes *in vivo* exclusivos de la Maestría.
6. Cámara Gessell.

Validez Interna y Externa

Para mayor validez interna del estudio, a) se utilizaron diversos métodos “triangulares” para la recolección de información y análisis de la misma tales como: observación de videos con pacientes reales, retroalimentación de parte de los terapeutas implicados en el estudio, investigaciones recientes; así como evidencias video grabadas; b) se utilizó una muestra no probabilística para la selección de los casos atendidos durante la impartición de la maestría; c) y en el análisis de datos, se mostraron las gráficas y evidencias de los datos obtenidos en ambas fases (Riege, 2003).

En cuanto a la validez externa, se utilizaron las siguientes técnicas según Riege (2003): a) cuestionarios o preguntas predeterminadas; b) bases de datos de descripciones; c) procedimientos estandarizados para el análisis de datos; d) y una persona externa, quien dirigió la sesión de grupo de focalización para evitar sesgos u opiniones de los autores (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Procedimiento

A continuación, se describirán las fases del procedimiento. Cabe resaltar que las fases 1 y 2 son de la etapa cuantitativa, mientras que el resto son de la etapa cualitativa.

Fase Previa- Durante esta fase se prepararon, para uso exclusivo de la investigación, todos los formatos y cuestionarios pertinentes para la captura de los datos. Así mismo se diseñaron las preguntas y los formatos para la sesión del grupo de enfoque.

Fase 1- Se seleccionaron de la videoteca los casos necesarios para llevar a cabo el estudio. Posteriormente se observaron minuciosamente los videos de las sesiones con los pacientes.

Fase 2- Una vez obtenidos los datos requeridos, se vaciaron en los programas SPSS y EXCEL para su análisis.

Fase 3- Se convocó a los terapeutas de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve a participar en un grupo de enfoque con el propósito

de compartir sus experiencias a la hora de utilizar los modelos terapéuticos ya mencionados anteriormente.

Fase 4- Se llevó a cabo una sesión de tipo “grupo de enfoque” con el objetivo de recaudar datos más certeros y extensos, desde un punto de vista cualitativo (sesión videograbada). Al inicio de la sesión se leyó un consentimiento informado a los participantes para que voluntariamente lo firmaran. Posteriormente a ello, se comenzó con la sesión.

Fase 5- Una vez teniendo los datos recolectados, se observó el video de la sesión, se transcribieron los datos y finalmente se llevó a cabo un análisis de los datos obtenidos para la determinación de los resultados.

Fase Final- Por último, una vez obtenidos los resultados, se plantearon mejoras al modelo terapéutico utilizado como plataforma en la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve de la Universidad Autónoma de Nuevo León, desde el punto de vista de la práctica clínica.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos, mientras se observaban los videos, se realizaban notas al respecto y se iba llenando el formato de registro. Una vez teniendo los registros completos, para el análisis cuantitativo, se utilizó el SPSS y el EXCEL para determinar algunas frecuencias y cruces de variables las cuales se mencionarán posteriormente en los resultados. Posteriormente, para el análisis cualitativo, en la sesión de grupo de enfoque, se optó por analizar los datos de manera manual, partiendo de las siguientes categorías: a) experiencia de los terapeutas, b) ventajas y desventajas en la utilización de ambos enfoques c) propuestas generales y específicas para la práctica clínica, e) autoevaluación de los terapeutas sobre su trabajo con las emociones de los pacientes en la terapia breve, y f) proponer un modelo integral.

Aspectos éticos de la Investigación

Para la protección de los derechos de los participantes, se mantuvo anónima la identidad de los pacientes y de los terapeutas que formaron parte del estudio.

Así mismo, para ambos casos (videos y grupo de enfoque), sólo participaron aquellos que firmaron previamente una carta de consentimiento informado.

RESULTADOS

Los resultados serán presentados en dos partes, primero se describen los cuantitativos y posteriormente los cualitativos. Como bien se ha mencionado en párrafos anteriores, estos resultados son en cuanto al proceso de terapia específicamente. Esto quiere decir que no se analizarán los resultados del tratamiento, sino cómo es que se aplicaron los elementos propios a cada modelo que más se utilizaron y algunos otros datos relevantes para esta investigación.

Resultados Cuantitativos

# de caso	Motivo	Trabajo en Emociones	Preguntas	Ejercicio	# de Sesiones	Otra Intervención
1	Trastorno Adaptativo	No	--	--	7	PNL
2	Baja Autoestima	Si	Si	No	7	Hipnosis
3	Autoflagelación / Falta de autocontrol / Bullying	Si	Si	No	4	Hipnosis
4	Agresión / Aceptación	No	--	--	6	No aplicó
5	Distimia / Infidelidad	Si	Si	No	10	
6	Manejo del estrés	Si	Si	No	3	Hipnosis
7	Pareja / Impulsividad / Cambios de Humor	Si	Si	Si	7	Hipnosis / PNL
8	Relaciones Familiares conflictivas/ Estados emocionales conflictivos	Si	Si	Si	6	Hipnosis / Gestalt
9	Problemas de Pareja / Adaptación al matrimonio	No	--	--	7	No aplicó
10	Estado de animo negativo	No	--	--	6	Narrativa
11	Bulimia	Si	Si	Si	12	No aplicó
PROMEDIO		63%	--	--	6.8%	55%

Tabla 1- Los datos son descritos especificando el caso donde fueron utilizados.

Nota: Debido a que los autores son ajenos a las intervenciones llevadas a cabo, la presente tabla sólo muestra los datos observados en las videograbaciones.

El análisis de los datos muestra que en ningún caso, independientemente del motivo de consulta, se utilizaron menos de 3 sesiones. Así mismo, considerando todos los casos revisados, se puede observar que tuvieron una media de aproximadamente 7 sesiones (Tabla 1).

Sólo en 3 de los 11 casos no se utilizó ningún otro tipo de intervención. En el resto se utilizaron una o más intervenciones adicionales a la Terapia Cognitivo

Conductual y Terapia Breve Centrada en Soluciones. Entre ellas destacan la Hipnosis Ericksoniana, PNL, Gestalt, y Narrativa. De los 8 casos restantes a los antes mencionados, únicamente 3 de ellos utilizaron más de un enfoque adicional durante todo el tratamiento, mientras que los otros 5 casos, sólo utilizaron una adicional. Cabe destacar que la que más se utilizó fue la Hipnosis Ericksoniana, siendo 5 los casos donde se aplicó, mientras que las otras que mencionamos sólo fueron utilizadas 2 veces cada una en diferentes casos por diferentes terapeutas. Es importante resaltar que a pesar de que el 55% de los casos aplicaron otros modelos de intervención, éstos no se estudian en la maestría referida, con excepción de la hipnosis. (Tabla 1).

El trabajo en emociones fue parcialmente consistente en los datos analizados en esta investigación, ya que se encontró que el 63% de los casos utilizaron algún tipo de técnica; o bien, por lo menos indagaron cómo se sentían los pacientes, en algún momento del tratamiento. Profundizando un poco más en esto, se puede observar que sólo el 44% de los casos no se utilizó este tipo de intervención como parte del trabajo terapéutico. Mientras que por el contrario, el 33% se utilizó no sólo en forma de preguntas sino se llevó a cabo un ejercicio o técnica al respecto (Tabla 1).

PRIMERA SESIÓN	%
Confianza y rapport	95%
Establecer un plan	45%
Controlar el estado de ánimo utilizando puntajes objetivos (Evaluar)	0%
Revisar el problema que se presenta y efectuar una actualización del estado en el que se encuentra (en la evaluación)	09%
Identificar problemas (motivo de consulta)	100%
Normalizar las dificultades del paciente	32%
Establecer objetivos	100%
Instruir al paciente acerca del modelo cognitivo	14%
Instruir al paciente respecto de su trastorno o problema	27%
Fijar tareas (actividades de autoayuda) para el hogar	100%
Lograr retroalimentación por parte del paciente.	41%

SEGUNDA SESIÓN Y CONSECUENTES	%
Breve actualización	86%
Revisión de la sesión anterior	0%
Planificación	0%
Revisión de la tarea para el hogar	91%
Intervención para los temas planificados	14%
Fijar nuevas tareas (actividades de autoayuda) para el hogar.	91%
Obtener retroalimentación por parte del paciente (periódicas).	18%

Tabla 2A- Elementos claves de la primera y segunda sesión de la TCC, junto con sus porcentajes de aplicación. Adaptado de (David, 2002; Nezu et al., 2006 & Beck, 2000).

Los números evidencian el desequilibrio entre la aplicación de ambos enfoques (Tabla 2A y 2B). En la primera tabla, se muestran como el 38% de los elementos claves de la Terapia Cognitivo Conductual son utilizados por encima del 50%. De esos porcentajes, incluso se observaron algunos ceros a diferencia de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, donde no existe ninguno (Tabla 2B). El hecho de que aparezcan con bajos porcentajes, significa que son utilizados eventualmente, por algunos terapeutas y sólo en algunas ocasiones. Así mismo, es evidente la preferencia en la utilización del enfoque Centrado en Soluciones, puesto que 72% de sus elementos claves (propios del enfoque), son utilizados en los casos.

En suma, los elementos claves que se pueden destacar en ambos enfoques, los cuales se utilizaron en el 100% de los casos, fueron: a) identificar el motivo de consulta, b) los objetivos del paciente, c) la fijación de tareas, d) y los elogios al final de las sesiones (Tabla 2A y Tabla 2B).

PRIMERA SESIÓN	%
Fase social para establecer confianza y rapport	91%
Pregunta milagro y trabajo posterior	55%
Cambios pretratamiento	55%
Trabajo de excepciones	50%
Pregunta escala y trabajo posterior	91%

Preguntas de afrontamiento	41%
Lenguaje externalizador al trabajar con excepciones, objetivos, escala y recursos	27%
Breves comentarios empáticos en forma de normalización	50%
Tiende a re-centrar la conversación sobre soluciones	27%
Elogios	100%
Tareas centradas en soluciones	86%
SEGUNDA SESIÓN Y CONSECUENTES	
	%
Pregunta: ¿Qué va (un poco) mejor?	55%
Si no hay mejorías, deconstruye el diálogo de los pacientes	09%
Amplía las mejoras y atribuye control	95%
Pregunta de escala y trabajo posterior	68%
Pregunta de afrontamiento	77%
Lenguaje externalizador al trabajar con excepciones, objetivos o recursos	18%
Comentarios empáticos de normalización	59%
Pregunta Milagro y de seguimiento	18%
Tiende a re-centrar la conversación sobre soluciones	64%
Mensaje Final = Elogios	100%
Tareas centradas en soluciones	64%

Tabla 2B: Elementos claves de la primera y segunda sesión de la TBCS, junto con sus porcentajes de aplicación. Adaptado de (Herrero y Beyebach, 2004 & De Shazer, 1995).

Un dato que llama la atención, es que a pesar de ser menor el número de elementos cognitivo conductuales utilizados en las sesiones, existen más aplicaciones “de 100%” que el de centrada en soluciones. Numéricamente podemos distinguir 3 de parte de la Terapia Cognitivo Conductual y sólo 2 de la Terapia Breve Centrada en Soluciones. Otro dato, es que a su vez, los demás elementos, igualmente utilizados, muestran mayores porcentajes (oscilando por encima del 85%) que los de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, donde podemos encontrar la mayoría entre el 50% y 80%.

	N	Media	Desviación Estándar	Error Media Estándar
Porcentaje promedio de aplicación TCC en sesión1	11	.5164	.08262	.02491
Porcentaje promedio de aplicación TBCS en sesión 1	11	.6209	.16146	.04868
Porcentaje promedio de aplicación TCC en sesión 2	11	.4691	.05924	.01786
Porcentaje promedio de aplicación TBCS en sesión 2	11	.5918	.14240	.04293

Tabla 3- Resumen de la media de aplicación de ambos enfoques, para cada una de las sesiones.

Visto de otra manera, las siguientes tablas muestran la media de aplicación de ambos enfoques, para cada una de las sesiones. De esta manera observamos que la primera sesión en la Terapia Cognitivo Conductual sólo aplica el 51% de sus elementos, mientras que la Terapia Breve Centrada en Soluciones el 62%. Así mismo, para la segunda sesión, los terapeutas sólo utilizan la Terapia Cognitivo Conductual en un 46%, en comparación al casi 60% de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (Tabla 3).

Concisamente, se puede observar como en el 100% de los casos revisados, estuvieron cargadas significativamente en la Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Terapeutas (Género)	N	Porcentaje de utilización
Hombres	3	57%
Mujeres	2	51%

Tabla 4- Distinguiendo el género y porcentaje de utilización de ambos modelos.

Haciendo un distinción en cuanto a la aplicación del modelo que combina las técnicas cognitivo conductuales y centradas en soluciones, se encontró que los terapeutas hombres, ligeramente se apegan más que las terapeutas mujeres en cuanto a la aplicación del modelo utilizado en la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve. Sin embargo ambos están por encima del 50% (Tabla 4).

TCC	SIMILITUDES	TBCS
Confianza y Rapport	Rapport	Fase social para establecer confianza y rapport
Establecer un plan	Normalización de los problemas	Pregunta milagro y trabajo posterior
Controlar el estado de ánimo utilizando puntajes objetivos (Evaluar)	Establecimiento de Objetivos	Cambios pretratamiento
Revisar el problema que se presenta y efectuar una actualización del estado en el que se encuentra (en la evaluación)	Establecimiento de Tareas	Trabajo de excepciones Pregunta escala y trabajo posterior Preguntas de afrontamiento
Identificar problemas (motivo de consulta)		Lenguaje externalizador al trabajar con excepciones, objetivos, escala y recursos
Normalizar las dificultades del paciente		Breves comentarios empáticos en forma de normalización
Establecer objetivos		No utiliza intervenciones estructurales
Instruir al paciente acerca del modelo cognitivo		Tiende a re-centrar la conversación sobre soluciones
Instruir al paciente respecto de su trastorno o problema		Elogios
Fijar tareas (actividades de autoayuda) para el hogar		Tareas centradas en soluciones
Lograr retroalimentación por parte del paciente.		

Tabla 5A- Estructura de primera sesión de ambos enfoques, junto con sus similitudes. Adaptado de (David, 2002; Nezu et al., 2006; Beck, 2000; Herrero y Beyebach, 2004 & De Shazer, 1995)

A través de esta comparativa, se puede observar que existen elementos básicos en ambos enfoques que se asemejan. En la primera sesión identificamos 4 elementos similares: el establecimiento del rapport, la normalización de las dificultades que muestra el paciente, el establecimiento de objetivos y las tareas al final de la sesión (Tabla 5A). Mientras que en la segunda sesión (Tabla 5B), se identificaron solamente 3 elementos: la actualización de lo sucedido en la semana, la revisión de las tareas propuestas la sesión anterior y el establecimiento de nuevas actividades facilitadoras del cambio (tareas).

TCC	SIMILITUDES	TBCS
Breve actualización	Actualización	Pregunta: ¿Qué va (un poco) mejor?
Revisión de la sesión anterior	Revisión de lo sucedido anteriormente	Si no hay mejoras, deconstruye el diálogo de los pacientes
Planificación		
Revisión de la tarea para el hogar	Establecimiento de tareas	Amplía las mejoras y atribuye control
Intervención para los temas planificados		Pregunta de escala y trabajo posterior
		Pregunta de afrontamiento
Fijar nuevas tareas (actividades de autoayuda) para el hogar.		Lenguaje externalizador al trabajar con excepciones, objetivos o recursos
Logar retroalimentación por parte del paciente (periódicas).		Comentarios empáticos de normalización
		No intervenciones estructurales
		Pregunta Milagro y de seguimiento
		Tiende a re-centrar la conversación sobre soluciones
		Mensaje Final = Elogios
		Tareas centradas en soluciones

Tabla 5B- Estructura de segunda sesión y posteriores de ambos enfoques, junto con sus similitudes. Adaptado de (David, 2002; Nezu et al., 2006; Beck, 2000; Herrero y Beyebach, 2004 & De Shazer, 1995)

Sin ser muy claras como las recién mencionadas, se podría presumir de algunas otras similitudes tales como la retroalimentación al final de la sesión y la manera de evaluar. Sin entrar mucho en detalle para cada una, a pesar de no ser iguales superficialmente, puesto que una va enfocada a las soluciones y la otra al problema; en el fondo, ambas buscan descubrir lo que llevó y mantiene al paciente en la terapia (motivo de consulta), su postura en cuanto a ese problema (escalas objetivas o subjetivas) y su estatus de cómo se retira de la sesión a través de una retroalimentación, ya sea del mismo terapeuta (elogios y mensaje final) o de parte del mismo paciente.

Resultados Cualitativos

Se indagaron ocho aspectos que abarcaron: experiencias de los terapeutas de la Maestría, retroalimentaciones positivas y negativas para lo académico y lo

práctico; así como, una serie de propuestas para la mejora de este modelo utilizado en la Maestría referida.

De acuerdo al juicio de los participantes se puede resaltar que pese a la implementación suficiente de ambos enfoques en su práctica clínica, es recomendable implementar algunos cambios y agregar algunos elementos al modelo actual, para mejorar el proceso llevado a cabo durante las sesiones.

Algunos de los posibles cambios para la mejora del programa de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve según el grupo de profundización, sugieren que: a) el currículo de la planta docente sea más integral y con preparación en ambos modelos; b) fortalecer y equilibrar la utilización de ambos enfoques; c) agregar más clases optativas donde se pueda aprender acerca de modelos complementarios al Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual, para obtener más herramientas y así adaptarlas según sea la problemática ; d) introducir seminarios de sistematización de los modelos utilizados explícita e implícitamente en la practica e c) incluir en el plan curricular espacios para realizar supervisión, análisis de casos y planeación, además de la retroalimentación *in situ*, en tiempo real durante la sesión terapéutica que ya se tiene.

DISCUSIÓN

Para bien del estudio, en el transcurso de la investigación se fueron encontrando respuestas a aquellas preguntas que en un inicio llevaron a realizar este trabajo. En consecuencia, al ver los resultados, se comprendió que, a pesar de las teorías con “principios incompatibles” detrás de cada uno de los modelos, en la práctica existen coincidencias que los unen y que los llevan a buscar un mismo objetivo: el bienestar de los pacientes, independientemente de la forma, percepción terapéutica o técnicas aplicadas. Desde el punto de vista de los autores de este estudio, aun existen cuestiones a discutir sobre la compatibilidad teórica y la articulación funcional para llevar a una mejor práctica este modelo utilizado en la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve.

Los datos más relevantes de esta investigación estaban dirigidos a tres puntos principales: encontrar los elementos claves de cada enfoque terapéutico

del proceso aplicado, la comparación de ambos enfoques para encontrar sus semejanzas; para que en consecuencia, en base a estos dos, pudiésemos consolidar una nueva propuesta de mejora a la praxis.

Para el primer punto, se pudieron encontrar evidencias de cómo el enfoque centrado en soluciones es más utilizado, al momento de su aplicación, en comparación del cognitivo conductual; por lo que se puede deducir, que no existe un equilibrio el cual coloque a ambos modelos a la par, tal y como se discutió en la sesión de grupo de enfoque. A su vez, fue interesante, encontrar cómo algunos “elementos claves o propios” (de ambos enfoques) son percibidos por los terapeutas como “escasamente utilizados” (ej. el diagnóstico, la inclusión de las emociones, etcétera.) y otros como “esenciales” (ej. las excepciones, las reestructuraciones y la atribución de control, etcétera.) independientemente de su porcentaje de aplicación, según los resultados de éste estudio lo indican, a la hora de llevarlos a la praxis.

Para el segundo punto, fue de mucha utilidad el llevar a cabo la comparación para encontrar las similitudes, puesto que esto puede contribuir a un mayor entendimiento de quienes practican uno o ambos modelos. Igualmente sirvió el hecho de saber que, independientemente del lenguaje utilizado para llamarle a los elementos claves de cada enfoque o el punto de partida (problema o solución) como sustento teórico, detrás existe un mismo camino que lleva al paciente a su transformación. He de ahí, que se facilita su combinación al momento de llevarlos a la práctica.

Por último, a consecuencia de lo discutido en los dos puntos anteriores, la propuesta consiste en llevar este modelo hacia un enfoque más equilibrado y flexible, de lo que ya pretendía ser.

Para ello, se retomarán las propuestas del grupo de enfoque en los resultados cualitativos. Comparando dichos datos, con el trabajo realizado por Beyebach (2009), donde propone un marco más flexible e integrativo a su modelo breve centrado en soluciones; se encontró que la diferencia radica en el punto de partida o el modelo base. Mientras que él solamente parte de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, en la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia

Breve en cambio, se parte de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Breve Centrada en Soluciones por igual. De ahí en adelante, la flexibilidad y la incorporación de otros modelos o herramientas, es similar a su propuesta puesto que ambas buscan satisfacer las necesidades de los pacientes desde todos los medios posibles.

CONCLUSIONES

En fin, se puede concluir que lo ideal de la investigación es que existieran mayor cantidad de casos a analizar para poder hacer inferencias estadísticas probabilísticas de mayor precisión y confianza; sin embargo, la investigación presente, aún con once casos, es una buena pauta para hacer propuestas, sujetas a posteriores investigaciones para afinar detalles. Así mismo, se puede concretizar en que si la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve buscara equilibrar y mejorar la integración de los enfoques Cognitivo Conductual y Centrada en Soluciones, se recomienda que mejore el espacio y tiempo en el currículo para supervisión, planeación y análisis de casos; establezca un consenso en los docentes sobre el formato de intervención y que se lleve a cabo más investigación no sólo en el proceso (como el presente estudio), sino en los resultados de la psicoterapia bajo este formato.

Por último, con esto se busca exhortar a quienes se dedican la terapia y la investigación, a continuar creando y afinando modelos más integrativos que se ajusten a las necesidades de los pacientes, y disminuir el eclecticismo o la práctica que cae en el error de “intervenir” sin conocer a fondo lo modelos terapéuticos aplicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arzaluz, S. (2005). La utilización del análisis de caso en el uso local. **Región y Sociedad, 17**, 32.
- Becoña, E. (1991). ¿Es la modificación de conducta cognitiva más eficaz que la clásica modificación de conducta? **Revista de Psicología General y Aplicada, 44**, 339-347.

- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2008). Terapia Cognitivo Conductual. En L. Oblitas (Ed.), ***Psicoterapias Contemporaneas*** (pp. 89-109). México: Ceneage Learning.
- Berg, I. K., y Dolan, I. (2001). ***Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories***. New York: Norton & Company, Inc.
- Beyebach, M. (1995). Técnicas de trabajo en equipo. En J. Navarro y M. Beyebach (Eds.), ***Avances en terapia familiar sistémica***. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve basada en soluciones. En J. Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos (Eds.) ***Intervención y prevención en salud mental***. Salamanca: Amarú.
- Beyebach, M. (2009). Integrative brief solution-focused family therapy: A provisional roadmap. ***Journal of Systemic Therapies***, **28** (3), 18-35.
- Beck, J. (2000). ***Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización***. España: Editorial Gedisa.
- Bitter, J. y Nicoll, W. (2000). Adlerian Brief Therapy with individuals: Process and practice. ***Journal of Individual Psychology***, **56** (1), 31-46
- Bragado, C. y Carrasco, I. (1987). Límites y efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales en la aplicación clínica 2. ***Revista Española de Terapia del Comportamiento***, **3**, 249-267.
- David, D. (2002). An interview with Donald Meichenbaum: New directions in cognitive-behavior modifications. ***Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies***, **2** (1), 3-10.
- De Shazer, S. (1991). ***Putting difference to work***. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1994). ***Words were originally magic***. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1995). ***Claves para la solución en terapia breve***. España: Paidós.
- De Shazer, S. y Berg, I.K. (1991). Haciendo terapia: Una revisión post-estructural. ***Cuadernos de Terapia Familiar***, **18**, 17-30.
- Estrada, B., Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: una revisión de los estudios de resultados. ***Mosaico***, **36**, 33-41.

- Ellis, A. (1999). **Una terapia breve más profunda y duradera: Enfoque teórico de la Terapia Racional Emotivo-Conductual**. España: Paidós.
- Ellis, A. y Bernard, M. (1985). **Clinical application of RET**. New York. Plenum Press.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, I. (1984). **La táctica del cambio**. Barcelona: Herder.
- Gall, M. D., Gall, J. P., y Borg, W. R. (2003). **Educational research: An introduction** (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- George, E., Iveson, C., Ratner, H. (1990). **Problem to solution**. London: Brief Therapy Press.
- González, M., Estrada, B., y O'Hanlon, B. (2007). Solution-Focused Therapy, Possibility Therapy and an interview with Bill O'Hanlon. Artículo enviado a revisión **Journal of Systemic Therapies**.
- Hernandez, R., Fernandez, C. y Baptista, M. (2010). **Metodología de la investigación. (5ta ed.)**. México: Mc Graw Hill.
- Herrero de Vega, M. y Beyebach, M. (2004). **The Salamanca Research Project on stuck cases: A measure of treatment integrity**. Memorias del Congreso de la Asociación Europea de Terapia Breve, Amsterdam, 18 de septiembre.
- Lipchik, E. (2004). **Terapia Centrada en la Solución: Más allá de la técnica**. Argentina: Amorrortu Editores.
- Méndez, F.X.; Olivares, J. y Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), **Técnicas de modificación de conducta** (pp. 409-442). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lomabardo, E. (2006). **Formulación de casos y diseños de tratamiento cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas**. Mexico, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Oblitas, L. (2008). **Psicoterapias Contemporaneas**. Mexico: Ceneage Learning.
- Popham, W. (1993). Educational evaluation (3rd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Riege, A. (2003). Validity and reliability tests in case study research: A literature review with "hands-on" applications for each research phase. **Qualitative Market Research**, 6, 2.

Sanchez, J.; Rosa, A. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. ***Psicothema***, 11 (3), 641-654.