

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES EN USUARIOS CON
PROBLEMAS Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS DEL CONSULTORIO DE LA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA HUÁNUCO-2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

TESISTAS

XIMENA DEL PILAR OSTOS CHAUPIS

KENNETH ROJAS CAQUI

PILAR YESICA VALERIO CORI

ASESOR:

PSIC. CHÁVEZ MATOS ENRIQUE ESTELIO

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios, por habernos dado sabiduría y fuerza, guiándonos en el trayecto de nuestras vidas. Gracias por habernos dado una excelente familia, por permitirnos conocer excelentes profesores y amigos, por darnos salud y bendición para alcanzar nuestras metas personales y profesionales.

A nuestros padres por brindarnos su apoyo emocional y económico incondicional a lo largo de nuestra trayectoria, porque han sido un sustento para poder culminar nuestra carrera profesional.

A nuestro asesor de tesis, Enrique Chávez Matos, por brindarnos sus conocimientos, por su empeño en su labor y en las constantes supervisiones de las actividades del proyecto.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, por ser nuestro segundo hogar, por todos los conocimientos adquiridos durante los años de estudios, a los buenos docentes por compartir sus conocimientos.

A los asesores Jorge Ayala Salinas, psicoterapeuta en terapia breve centrada en soluciones, y a Tomás Caycho Rodríguez, docente investigador de la Universidad Privada del Norte, por sus conocimientos y sugerencias compartidos constantemente, durante el tiempo de la ejecución del proyecto.

A nuestras familias, colegas, participantes de la investigación y a todos que nos guiaron y nos dieron todo el apoyo para realizar esta investigación.

Gracias, mil gracias

RESUMEN

La investigación tuvo el objetivo de determinar la efectividad de la terapia breve centrada en soluciones en usuarios con trastornos y problemas psicológicos del consultorio de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. La hipótesis de investigación fue que existen diferencias estadísticamente significativas entre la pre y la pos prueba. Se utilizó un diseño pre experimental de pre y pos prueba con un solo grupo, en una muestra de 7 pacientes que firmaron consentimiento informado. El instrumento usado fue el Outcome Rating Scale (ORS), con confiabilidad (alfa de Cronbach 0.84, 0.98 y 0.99) y validez discriminante (-0.642), respecto a nuestro medio, que se aplicó antes y después del tratamiento, el cual se basó en el protocolo de investigación de la terapia breve centrada en soluciones propuesta por la Asociación Europea de Terapia Breve. Los resultados evidencian la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre la pre y pos prueba, con un tamaño de efecto grande (d de Cohen de 1.12). La conclusión es que la terapia breve centrada en soluciones fue efectiva en usuarios con trastornos y problemas psicológicos.

Palabras clave: Terapia breve centrada en soluciones

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the effectiveness of brief therapy focused on solutions for users with disorders and psychological problems of the psychology faculty of the National University Hermilio Valdizán. The research hypothesis was that there are statistically significant differences between pre and post test. A pre-test and pre-test design with a single group was used in a sample of 7 patients who signed informed consent. The instrument used was the Outcome Rating Scale (ORS), with reliability (Cronbach's alpha 0.84, 0.98 and 0.99) and discriminant validity (-0.642), with respect to our environment, which was applied before and after the treatment, which was based on in the brief therapy research protocol focused on solutions proposed by the European Association of Brief Therapy. The results show the presence of statistically significant differences between the pre and

post test, with a large effect size (Cohen's d of 1.12). The conclusion is that brief therapy focused on solutions was effective in users with disorders and psychological problems

Keywords: Brief therapy focused on solutions

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se busca contribuir con el conocimiento de la efectividad de la terapia breve centrada en soluciones en usuarios con problemas y trastornos psicológicos del consultorio de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (UNHEVAL), Huánuco-2018.

En la actualidad, los problemas y trastornos mentales se evidencian en la población en general, debido principalmente a las crisis económicas de los países desarrollados y sus repercusiones en países en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). Se genera así un ambiente inestable donde la inseguridad ciudadana, la pobreza, el desempleo, el subempleo y los despidos, en especial en países como el Perú llevan a situaciones estresantes para la población, las cuales incrementan los problemas de salud mental (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2003).

Una de las necesidades más apremiantes en cuanto al tratamiento de los problemas y trastornos psicológicos debería ser la intervención breve en el tiempo y con menores costos, ya que al acortar la terapia supone acortar el sufrimiento del consultante, así mismo implica a que resuelvan antes sus problemas o recuperen antes un funcionamiento satisfactorio en el ámbito personal, familiar o laboral (Beyebach, 2014).

La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) es un enfoque constructivista y construccionista, caracterizado por su énfasis en los recursos y fortalezas de los clientes y que demuestra empíricamente efectividad, eficiencia y brevedad (García, 2013). Las cualidades mencionadas, presentan a la TBCS como una alternativa viable para los problemas de salud mental de la población.

Para efectos de concretizar la presente investigación, se trabajó de la siguiente forma: en el capítulo I del planteamiento del problema se describe la fundamentación del problema, formulación del problema, los objetivos logrados durante la investigación, la justificación e importancia, la viabilidad y limitaciones. En el capítulo II del marco teórico conceptual

se menciona los antecedentes, la fundamentación teórica, las definiciones conceptuales, sistema de variables, definición operacional de variables y la hipótesis. En el capítulo III del marco teórico conceptual se menciona el nivel, tipo y método de la investigación, diseño de investigación, ámbito de la investigación, población y muestra, instrumento de estudio, procedimiento y técnicas de procesamiento de datos. En el capítulo IV de los resultados de la investigación se menciona la presentación, análisis e interpretación de resultados, verificación de hipótesis y discusión de resultados. Finalmente se en el capítulo V se exponen las conclusiones, se sugieren algunas recomendaciones y sugerencias.

INDICE

DEDICATORIA	3
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1. Fundamentación del problema	11
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Objetivos:	15
1.4. Justificación e importancia.....	16
1.5. Viabilidad.....	17
1.6. Limitaciones.	18
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	19
2.1. Antecedentes	19
2.2. Fundamentación teórica.	25
2.3. Definiciones Conceptuales.	38
2.4. Sistema de Variables.	40
2.5. Definición operacional de variables.	41
2.6. Hipótesis.....	42
CAPÍTULO III	44
MARCO METODOLÓGICO	44
3.1. Nivel, tipo y método de investigación.	44
3.2. Diseño de investigación.	45
3.3. Ámbito de la Investigación	46
3.4. Población y Muestra	51
3.5. Instrumentos de estudio.....	54
3.6. Procedimiento.....	55
3.7. Técnicas de procesamiento de datos.	57
CAPÍTULO IV	59
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
4.1. Presentación, análisis e interpretación de resultados.	59
4.2. Verificación de hipótesis.....	60

4.2.1. Hipótesis General.....	60
4.2.2. Hipótesis Específicas.....	61
4.3. Discusión de los resultados.	62
CAPÍTULO V	65
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	65
5.1. Conclusiones.....	65
5.2. Recomendaciones y Sugerencias.	65
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS.....	71

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema.

En la actualidad a nivel internacional, nacional y regional se registra un mayor crecimiento de los problemas de salud mental y una deficiente capacidad de atención a la población afectada. El estudio Grand Challenges in Global Mental Health, pronostica un aumento notable de los trastornos mentales para el año 2020. Además, se determinó que 8 de cada 10 países no cuentan con el soporte para asistir a los que padecerían trastornos mentales y del comportamiento, y que tampoco se cuenta con los tratamientos adecuados (Collins, Patel, Joestl & cols, 2011).

Por otro lado, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental están en tratamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

En particular, las estimaciones de la prevalencia de trastornos mentales en muchas regiones adolecen de una incertidumbre considerable como consecuencia de las limitaciones de los instrumentos de auto informe empleados para clasificar los síntomas de salud mental de manera comparable entre poblaciones, de la limitada posibilidad de generalizar las encuestas de subpoblaciones a grupos de población más amplios, y de las limitaciones de la información disponible para clasificar la gravedad de los síntomas discapacitantes de las enfermedades mentales (OMS, 2001).

Los trastornos mentales y conductuales tienen un gran impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades. Los individuos padecen sus síntomas angustiosos, y sufren también porque no pueden participar en las

actividades laborales y de ocio, generalmente porque se les discrimina. Les preocupa no poder asumir sus responsabilidades respecto de la familia y los amigos, y temen ser una carga para los demás. (OMS, 2001).

Gallagher y Mechanic (1996), sostienen que además de la carga directa, deben tenerse en cuenta las oportunidades perdidas. Las familias en las que uno de sus miembros padece un trastorno mental efectúan ciertas adaptaciones y concesiones que impiden a otros miembros desarrollar todo su potencial en el ámbito laboral, de las relaciones sociales y del ocio.

Las consecuencias de los trastornos mentales afectan al individuo, a la familia y la sociedad. Siendo una carga con costos socioeconómicos directos e indirectos que aquejan el bienestar general y la calidad de vida. En el mundo, existen aproximadamente 500 millones de personas que presentan trastornos mentales. El 25% de las personas desarrollarán un trastorno mental o del comportamiento durante su vida, siendo los diagnósticos más frecuentes la ansiedad, depresión y el abuso de sustancias. (World Health Organization [OMS], 2001)

En el Perú, los estudios nacionales y de gran envergadura, sobre epidemiología de los trastornos mentales en costa, sierra y selva, llevados a cabo por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, revelaron la alta prevalencia de la depresión, además de la ansiedad y alcoholismo. El estudio en la sierra revela que la prevalencia de vida de trastorno de episodio depresivo es 16.2% (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2003).

Suero & Sánchez (2009), en un estudio de la casuística más atendida en la ciudad de Huánuco, encuentran un 8% de episodios depresivos.

Rivera, Chávez & Chávez (2011), identificaron que el 27.01% de alumnos ingresantes a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco son casos de ansiedad y depresión.

Viendo toda esta problemática creemos que en la actualidad una de las necesidades más apremiantes debería de ser el tratamiento de los problemas y trastornos psicológicos a través de intervenciones breves en el tiempo y con menores costos, ya que tiene como beneficio acortar el sufrimiento del consultante dando una solución temprana a sus problemas o recuperar antes un funcionamiento satisfactorio en el ámbito personal, familiar o laboral.

Sin embargo “Duncan y Miller (2006), señalan que la psicoterapia está siendo desplazada por la visión médica tradicional y la farmacoterapia en los lineamientos de política de salud mental a nivel mundial”. (Chávez, Chávez, Mallqui & Mansilla, 2008, p.14).

Beyebach (1999) señala que la Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS) trabaja en base a los recursos de las personas, este modelo se difunde ampliamente a nivel mundial por ser eficaz, aplicativo, breve, explicativo y asequible a la investigación.

En 109 estudios de la terapia breve centrada en listados que incluyen 2 meta-análisis y 19 ensayos controlados de manera aleatoria, se evidencian los beneficios de la terapia centrada en las soluciones. De igual manera se muestra que en 43 estudios de comparación, 34 están a favor de la terapia centrada en las soluciones. Y como conclusión se obtiene las tasas de éxito

por encima del 60%, con un promedio de 3 a 5 sesiones de terapia (McDonald, 2011).

En otro estudio que se llevó acabo en Huánuco, se señala la efectividad de la terapia breve centrada en las soluciones (Chávez, Chávez, Mallqui & Mansilla, 2008).

En la experiencia de atención de las autoras, en el consultorio de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan (UNHEVAL), los usuarios demandaban la pronta resolución de sus problemas, además que no percibían mejoras con las intervenciones regulares y que había una alta tasa de abandono. Con la aplicación de la TBCS, se mejoró la asistencia notándose menos abandono y reportes verbales de primeras reducciones de sus malestares. A raíz de esta inicial experiencia surgió la idea de la investigación realizada.

En consecuencia, lo que planteamos es utilizar un enfoque de Terapia Breve Centrada en soluciones, basado en un protocolo de investigación de la (EBTA), para medir los resultados en Psicoterapia a través de la Outcome Rating Scale (ORS), que evalúa el funcionamiento del paciente en cuatro áreas: bienestar individual, funcionamiento interpersonal, funcionamiento social y sensación general de bienestar.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general:

¿Cuál es la efectividad de la Terapia Breve Centrada en Soluciones en los problemas y trastornos psicológicos de usuarios del Consultorio de la Facultad de Psicología Huanuco-2018?

1.2.2. Problemas específicos:

¿Cuál es el puntaje promedio de la Outcome Rating Scale (ORS) de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, en la pre prueba?

¿Cuál es el puntaje promedio del ORS de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, en la pos prueba?

¿Existen diferencias estadísticamente significativas o no de los puntajes promedios del ORS pre y pos prueba de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General

Determinar la efectividad de la Terapia Breve Centrada en Soluciones en los problemas y trastornos psicológicos de usuarios del Consultorio de la Facultad de Psicología Huanuco-2018.

1.3.2. Objetivos Específicos.

Identificar el puntaje promedio del ORS de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, en la pre prueba.

Identificar el puntaje promedio del ORS de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, en la pos prueba.

Establecer si existe o no diferencias significativas entre los puntajes promedios del ORS pre y pos prueba en los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018.

1.4. Justificación e importancia.

Una de las necesidades más apremiantes en cuanto al tratamiento de los problemas y trastornos psicológicos debería ser la intervención breve en el tiempo y con menores costos, ya que al acortar la terapia supone acortar el sufrimiento del consultante, así mismo implica que resuelvan antes sus problemas o recuperen antes un funcionamiento satisfactorio en el ámbito personal, familiar o laboral.

En el aporte teórico de la presente investigación brinda conocimientos teóricos, a través de evidencias que respalden los principios de la TBCS, desde nuestro ámbito. Así mismo servirá como fuente de información y para la consolidación de futuros estudios que son escasos sobre la evaluación de resultados de psicoterapia en general y de la terapia breve centrada en soluciones en particular a nivel nacional y regional, ya que este estudio permitirá extenderse a diferentes profesionales de la salud mental.

En cuanto al aporte metodológico la investigación servirá para ofrecer un protocolo de investigación para futuras replicas, una vez validado por los resultados. Así mismo aporta con propiedades psicométricas y confiabilidad de un instrumento de evaluación de resultados de psicoterapia denominado Outcome Rating Scale (ORS).

Por otro lado, el estudio se constituyó en un aporte práctico que mediante el conocimiento de estos resultados se puede sugerir a los profesionales de salud mental diseñar un protocolo terapéutico alternativo o complementario en el tratamiento de los problemas y trastornos psicológicos, para seguir aplicando en el consultorio y otros centros de salud.

1.5. Viabilidad.

Para realizar la investigación se contó con los recursos humanos, materiales y financieros, de tal forma tuvimos el respaldo de la Universidad Hermilio Valdizán, la Facultad de Psicología y el Consultorio Psicológico, para poder llevar a cabo la investigación.

1.6. Limitaciones.

La presente investigación contó con algunas limitaciones; entre las principales encontramos que se han llevado a cabo pocos estudios de estas variables en la ciudad de Huánuco, así mismo no pudimos trabajar con personas que presentan lesión cerebral y trastorno de esquizofrenia.

Otra limitación importante es que se utilizó un diseño básico de pre y post prueba, sin grupo control o sin aleatorización de la muestra.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes.

En nuestra búsqueda de información efectuada por las fuentes primarias y secundarias, hallamos las siguientes informaciones sobre Terapia Breve Centrada en Soluciones:

2.1.1. Antecedentes de la investigación

Internacional

En una investigación de Terapia breve centrada en soluciones, juntamente con la terapia cognitivo conductual, se muestra su efectividad al ser aplicada en el caso de una joven de 27 años de edad, con indicadores de síntomas depresivos y ansiedad, debido a la infidelidad de su pareja. Tenía como objetivo tres aspectos: 1) Fortalecer la autoestima de la paciente, 2) Gestionar el enojo que sentía por la infidelidad y 3) Tomar la decisión de continuar o terminar con la relación. Posterior a las 12 sesiones de tratamiento, se vieron como resultado la disminución sustancial de los indicadores de síntomas depresivos y ansiosos, logrando el bienestar psicológico a partir de los cambios evidenciados en patrones cognitivos, conductuales e interaccionales, con el alcance de los objetivos terapéuticos (Galdámez, 2015).

Habibi, Ghaderi, Abedini & Jamshidnejad (2016), en Irán realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la eficacia de la terapia breve centrada en soluciones (TBCS) en la reducción de la depresión en las

mujeres cabezas de familia, bajo la protección de la Organización de Bienestar del Estado de Irán. La muestra estuvo conformada por 30 mujeres que fueron aleatoriamente seleccionadas, en base a la obtención de puntuaciones superiores a la mediana en el Inventario de Depresión de Beck (BDI), y fueron asignadas al azar a los grupos de intervención y control. Con un diseño de grupo control pre test y post-test, los sujetos en el grupo experimental fueron sometidos a 8 sesiones semanales de TBCS. Ambos grupos se evaluaron usando la escala de BDI-II en prueba previa y posterior a la terapia, y los datos se analizaron utilizando ANCOVA. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos en la prueba preliminar, mientras que TBCS, disminuyó significativamente las puntuaciones de depresión en el grupo de intervención. En conclusión, la TBCS podría ser utilizada como un programa de intervención en los grupos objetivo y la población general de mujeres con depresión.

Javanmiri, Kimiaee, & Hashem (2013), en Irán realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar el efecto de enfoque centrado en soluciones en la disminución de la depresión entre los adolescentes. Esta investigación fue cuasi-experimental, con un diseño pre test – pos test y con un grupo de control. La población era todas las adolescentes en Sahneh; 20 niñas fueron seleccionadas de la población a través de muestreo aleatorio estratificado y, a continuación, asignados aleatoriamente a dos grupos: uno experimental y uno de control. Los datos fueron recolectados a través del inventario de depresión de Beck (BDI). La variable dependiente fue

la terapia centrada en soluciones en las que el grupo experimental se le proporcionó asesoramiento en grupo de 8 horas (8 sesiones que tuvieron una hora). En el ínterin, grupo de control se le proporcionó enseñanzas irrelevantes (técnicas de estudio de enseñanza) para eliminar el efecto de los sujetos. Después de las sesiones, se administró el cuestionario BDI, en los dos grupos. Un mes más tarde se llevó a cabo el post-test del cuestionario BDI. Después de esto, prueba de la t de covarianza fue utilizada para analizar los resultados. Los resultados mostraron que la terapia de grupo centrada en soluciones es eficaz en la disminución de la depresión entre los adolescentes y su nivel de significación es igual a 0.01. Además, los resultados obtenidos después de la prueba indican estabilidad en el efecto de la terapia. En otras palabras, la terapia de grupo centrada en soluciones ha llevado de manera significativa a la disminución de la depresión en adolescentes.

Koorankot, Mukherjee & Ashraf (2014), ejecutaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar el resultado de la terapia breve centrada en soluciones, en el contexto de una comunidad tribal en la India, para obtener algunas ideas acerca de la aplicabilidad de la práctica centrada en soluciones en centros de salud mental de la comunidad india. La comunidad tribal tenía un estatus socioeconómico bajo y los clientes todos tenían un trastorno depresivo. El equipo estaba compuesto por un psiquiatra, un psicólogo clínico, un trabajador social psiquiátrico, una enfermera psiquiátrica y un farmacéutico, que visitaron las zonas rurales y más tarde, trataron a los pacientes

psiquiátricos en su vecindario. Nueve clientes con depresión reciben TBCS junto con la medicación inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para medir la gravedad de los síntomas depresivos antes y después del tratamiento. El protocolo de TBCS de la Asociación Europea de Terapia Breve se aplicó en toda la terapia. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para analizar los datos. Los resultados indican que hubo disminución significativa en la gravedad de la dificultad después del tratamiento, lo que sugiere que la TBCS fue eficaz en la reducción de los síntomas depresivos en los clientes.

Zhang, Franklin, Currin McCulloch, Park & Kim (2017), realizaron una revisión sistemática a través de un meta análisis que sintetizó ensayos controlados aleatorios de terapia breve centrada en la solución (TBCS) en entornos médicos para pacientes psicosociales, relacionados con la salud (por ejemplo, depresión, ajuste psicosocial a la enfermedad), comportamiento (por ejemplo, actividad física, puntaje de nutrición) y funcional, y resultados de salud (por ejemplo, IMC, fuerza individual). El entorno médico se define en este estudio como cualquier entorno de atención médica que se centra principalmente en el bienestar físico de los pacientes. Una estrategia de búsqueda completa en cinco bases de datos electrónicas, cuatro revistas académicas, tres sitios web profesionales y listas de referencias de artículos incluidos dio como resultado una muestra final de nueve estudios para la síntesis meta analítica. Los resultados combinados indicaron un efecto significativo general de la TBCS para los resultados

psicosociales relacionados con la salud ($d = 0,34$, $p < .05$.) Y un resultado casi significativo para los resultados conductuales relacionados con la salud ($d = 0,28$, $p = .06$), pero no para resultados funcionales de salud. Los resultados indicaron que la TBCS es una intervención eficaz para los resultados psicosociales y un enfoque prometedor para los resultados conductuales en entornos médicos.

Franklin, Zhang, Froerer & Johnson (2016), en una investigación se revisó la importancia de procesos sistemáticos de la terapia breve centrada en las soluciones (TBCS). Se realizaron búsquedas en estudios publicados y no publicados en inglés en cinco bases de datos, cinco revistas principales, dos capítulos de libros y cuatro sitios web, para localizar trabajos que investiguen por qué y cómo funciona TBCS. Treinta y tres estudios se utilizaron, varios métodos de investigación se localizaron en ellos, y se realizó finalmente un meta análisis. Los hallazgos apoyaron la importancia del proceso de co-construcción dentro de TBCS y los efectos de tipos específicos de técnicas de TBCS. El mayor apoyo empírico se encontró para las técnicas orientadas a las fortalezas personales, en comparación con las otras técnicas, y para la construcción conjunta de significado. Los estudios actuales requieren repeticiones con muestras más grandes y diseños experimentales que estudien el proceso de TBCS en relación con los resultados.

Sánchez y Téllez (2016), en un estudio de caso se aplicaron estrategias de hipnosis clínica dentro de la intervención de terapia breve centrada en soluciones a un paciente con 40 años, que ha sido

víctima de abuso sexual infantil. Se describe al paciente con cambios en su estado de ánimo, como es la depresión, ansiedad, apatía, dependencia emocional con su madre, las alteraciones en relaciones con su padre e indefinición en su orientación sexual. Se manejó técnicas hipnoterapéuticas para lograr solucionar los conflictos, disminuir la ansiedad y la depresión, aumentar la autoestima y el optimismo. Obteniendo como resultado una reducción significativa y evidente de los niveles de depresión, ansiedad y estrés, así mismo se obtuvo un incremento en la autoestima y el optimismo. Cambios significativos que se mantuvieron a los seis meses de seguimiento.

Nacional

Jara (2010), en Perú, aplicó la Terapia Centrada en Soluciones en un grupo de feligreses católicos en la ciudad de Trujillo. Usó un diseño de investigación experimental puro, utilizando dos grupos, experimental y control, con evaluaciones de pretest y posttest. Los resultados demostraron que la Terapia Centrada en Soluciones incrementa la satisfacción marital en las parejas.

Villanueva (2005), en Perú, usó la Terapia Grupal Centrada en Soluciones para trabajar con pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo, que se encontraban hospitalizados por intento de suicidio. Tuvo una muestra de 3 pacientes con intento de suicidio, cuyas edades comprendían entre los 17 y 33 años. Obtuvo como conclusión de que la relación terapéutica contribuyó en la mejoría de las pacientes que promueve la TBCS.

Local

Para obtener y evaluar los resultados de la aplicación de la Terapia Centrada en las Soluciones se realizó una investigación de tipo aplicada, siguiendo un diseño pre prueba y post prueba, tomando una muestra intencionada - no probabilística – constituida por cinco pacientes que solicitaron atención psicológica en el consultorio de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán; a los cuales se les aplicó el instrumento denominado “Escala de Avances de Shazer”. Se halló como resultados la existencia de diferencias estadísticamente significativas antes y después de la aplicación del modelo de la Terapia Centrada en las Soluciones, traducido en que el valor de t es de 4,18 y resulta superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de 0,01 ($4,18 > 2.90$) coincidiendo con la hipótesis sustantiva y la hipótesis estadística de la investigación; asimismo el porcentaje de éxito resultó de 80%. Llegando a la conclusión que, la Terapia Centrada en las Soluciones demuestra efectividad (Chávez, Chávez, Mallqui & Rivera, 2008).

2.2. Fundamentación teórica.

Terapia Breve Centrada en Soluciones

Concepto:

En el nivel de mayor abstracción, podemos describir la TBCS como un enfoque constructivista y construccionista, en el que se entiende que la realidad social se configura desde los condicionantes biológicos, históricos y culturales de los individuos, y a su vez se negocia y renegocia

constantemente en la interacción humana. Comparando con lo que hacen los autores del MRI de Palo Alto, este planteamiento lleva a una posición no-normativa, en la que se acepta que hay muchas formas, válidas todas ellas, de ser y estar como persona, de interactuar como pareja y de organizarse como familia. No hay por tanto una preconcepción normativa acerca de cómo deben o no funcionar las familias, sino más bien una postura de respeto por la diversidad de formas en la que se puede organizar la interacción humana y por los diferentes valores que pueden sustentar los consultantes. Por tanto, en TBCS no hay ningún interés en crear tipologías de familias o parejas, y se produce una renuncia expresa a cualquier tipo de diagnóstico tradicional, de tal manera brindar las atenciones sin tener en cuenta el diagnóstico (Beyebach, 2014).

Orígenes del modelo.

La Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS) nació a comienzos de los años setenta en la ciudad norteamericana de Milwaukee, cuando un grupo de trabajadores sociales instaló un espejo unidireccional y empezó a experimentar con las ideas del Instituto de Investigaciones Mentales (MRI) con el planteamiento que lleva una posición no-normativa. A este equipo inicial, que incluía a Insoo Kim Berg, Jim Derks, Elam Nunnally, Marilyn LaCourt y Eve Lipchik, se unió Steve de Shazer, que durante un tiempo había formado parte del equipo del MRI y volvió a Milwaukee para casarse con Insoo Kim Berg. El grupo empezó a reunirse en la casa de ambos, haciendo terapia gratuitamente para experimentar con nuevas ideas, siempre con el afán de contestar a la pregunta “¿Qué es lo que funciona en la terapia breve?” (Lipchik, Derks, Lacourt & Nunnally, 2012).

Visión global del proceso terapéutico.

La forma más sencilla de describir el proceso terapéutico en TBCS es señalando que “se empieza por el final”: es decir la terapeuta comienza la primera entrevista negociando con la familia cómo sabrán que los problemas que les traen a terapia están resueltos, con criterios para determinar que la intervención ha sido exitosa. A menudo, sirve para ello la “Pregunta Milagro” o de otras técnicas de proyección al futuro que ayudan a la familia a describir su futuro preferido. En otras palabras, el criterio de avance no es tanto alejarse del problema, sino ir acercándose a los objetivos. En este proceso, la terapeuta va elogiando los avances de la familia y a menudo proponiendo tareas para casa que ayuden a llevar a cabo y/o a consolidar estos avances. La terapia termina cuando la familia considera que ya ha alcanzado sus metas propuestas.

La terapia se entiende como un proceso de co-construcción de soluciones, de negociación de objetivos y detección de excepciones, tratando simplemente de acompañar al paciente en el proceso y facilitar la conversación y la toma de decisiones. Esta posición requiere que el terapeuta esté dispuesto a adaptarse a cada familia y a cada persona en particular; que sea capaz de averiguar qué quieren y de negociar en qué objetivos concretos se traducen estos deseos y que muestre una gran sensibilidad al feedback de sus interlocutores. Expresando en la terminología de las terapias narrativas, diríamos que en TBCS se privilegian la voz de los consultantes, sus capacidades y sus recursos; ayudando a localizar las ocasiones en las que ya lo está haciendo bien, a lo que llamamos las excepciones y a descubrir cómo

lo consigue, cuál es la “receta” para haber avanzado y para seguir avanzando (Beyebach, 2014).

Estrategias y técnicas en la TBCS:

Estrategias comunicacionales en la entrevista interventiva.

Las técnicas centradas en soluciones son probablemente lo más conocidas y divulgadas. Éstas se aplican utilizando cuidadosamente el lenguaje. Sus estrategias, son patrones transversales de comunicación terapéutica, formas de gestionar la información en el transcurso de la entrevista que se aplican a todas las técnicas de entrevista interventiva. Tres son las estrategias principales:

- **Elicitar**, la descripción de soluciones, bien iniciando la conversación sobre ellas, mediante alguna información o dato que los consultantes aporten espontáneamente en el transcurso de la conversación. Esto último exige una escucha muy atenta y focalizada sobre los recursos, que permita detectar soluciones incluso en las descripciones de las quejas.
- **Ampliar**, es decir, pedir detalles y ayudar a los consultantes a que generen descripciones en términos de conductas interactivas, pequeñas, concretas y en positivo.
- **Anclar las soluciones o atribuir control**, es decir, ayudar mediante nuestras preguntas a que los consultantes identifiquen de qué forma han conseguido producir las mejoras o de qué manera pueden llegar a alcanzar sus objetivos.
- **Ir despacio**, constituye también un aspecto importante del proceder de los terapeutas centrados en soluciones. En el caso de la TBCS se traduce en

ajustarse al ritmo de cambio de los clientes, en transmitir el mensaje avanzado paso a paso, en dar tiempo a los clientes para que piensen y elaboren sus respuestas a las preguntas del terapeuta.

- **Promover activamente la cooperación con la familia**, en la TBCS, la posición de cooperación activa se consigue, en primer lugar, identificando qué quieren conseguir los consultantes y adoptando sus objetivos. En segundo lugar, la terapeuta acepta su forma de ver el problema y las posibles soluciones, y en vez de confrontar o tratar de cambiarla la utiliza a favor del cambio. Finalmente, la terapeuta se esfuerza por utilizar el lenguaje de los clientes en vez de imponer su propia jerga profesional (Beyebach, 2014).

Técnicas de entrevista interventiva: las preguntas centradas en soluciones

Las técnicas de la TBCS se emplean en función de cada entrevista y de cada caso. Las técnicas típicas de la TBCS son:

- **Proyección al futuro:** Se trata de invitar al individuo o la familia a imaginarse un futuro sin el problema. La versión clásica es la Pregunta del Milagro (Imagínense que esta noche, después de ir a dormir, sucede un milagro y los problemas que les traen aquí se resuelven. Como están dormidos no se dan cuenta de que sucede este milagro. Mañana por la mañana ¿en qué notarán que este milagro se ha producido?), pero se puede adaptar la pregunta. Lo importante es el trabajo posterior que el terapeuta hace con las respuestas de los consultantes, ampliándolas

hasta conseguir objetivos pequeños, alcanzables, concretos, conductuales e interaccionales.

- **Cambios pre tratamiento:** son las mejorías que se producen antes de la primera entrevista. Tal y como indica la investigación, los cambios pre tratamiento son frecuentes en consultas ambulatorias, tal vez porque el hecho de pedir ayuda a un terapeuta ya genera cierta esperanza e implica los primeros pasos para la resolución del problema.
- **Excepciones:** son aquellas ocasiones en las que el problema se da con menor intensidad, duración o frecuencia. De nuevo, el punto clave es no sólo detectar posibles diferencias, sino seguir conversando sobre ellas hasta lograr que el cliente las concrete y asuma cierto grado de control sobre ellas.
- **Preguntas de escala:** Invita al individuo o a los miembros de la familia a puntuar algo entre 0 y 10 (ó entre 1 y 10). La escala más utilizada es la Escala de Avance: Si 10 es que estos problemas están del todo superados, y 1 cuando peor estaban, ¿dónde diríais que están ahora las cosas?
- **Preguntas de afrontamiento:** sirven para conversar sobre los recursos del individuo o la familia en situaciones negativas, incluso de extrema adversidad. Cuando no es posible identificar excepciones o mejorías, es preferible no empeñarse en encontrar excepciones a toda costa, y en lugar de ello adaptarse a la postura negativa de los consultantes.
- **Secuencia pesimista:** aquí se adopta una postura incluso más negativa que la de los propios consultantes. Está indicada cuando los consultantes responden las preguntas más directas de forma negativa y pesimista, o

cuando expresan abiertamente su falta de esperanza en que las cosas puedan mejorar.

Además de las técnicas de entrevista, otros dos instrumentos al servicio del cambio del individuo y la familia en la terapia centrada en soluciones son:

- ✓ **Elogios**, consisten en señalar aquellas cosas que los clientes están haciendo bien, que les ayudan o de las que pueden estar orgullosos.
- ✓ **Tareas**, sugerir al individuo o a la familia algo para pensar o en hacer en el espacio entre sesiones. Las tareas se derivan de lo hablado en la entrevista y se procura que sean lo más simples que resulte posible. Para asegurarse de que los clientes lleven a cabo las propuestas, la terapeuta centrada en soluciones sólo propone tareas a aquellos consultantes en posición de “compradores”, mientras a los “visitantes”, solamente se los elogia.

(Beyebach, 2014).

Trastornos psicológicos

Trastornos mentales y conductuales

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) en otras palabras del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. No son sólo variaciones dentro de la “normalidad”, sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Para clasificarse como trastornos, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o

más facetas de la vida. Los trastornos mentales y conductuales se caracterizan también por síntomas y signos específicos, y suelen seguir una evolución espontánea más o menos previsible, salvo si se llevan a cabo intervenciones terapéuticas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001)

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en el capítulo de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico ofrece una relación completa de todos los trastornos mentales y conductuales.

Toda clasificación de los trastornos mentales clasifica síndromes o enfermedades, pero no individuos. Éstos pueden padecer uno o varios trastornos durante uno o varios periodos de su vida, pero no debe utilizarse una etiqueta diagnóstica para describir a un individuo. Nunca debe equipararse una persona con un trastorno, ya sea orgánico o mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Algunos trastornos frecuentes.

A continuación, se describen los signos y síntomas de los trastornos presentados por los integrantes de la muestra estudiada.

Episodio depresivo:

En los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están

reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Episodio depresivo leve.

Suelen estar presentes dos o tres de los síntomas (anotados antes en F32 y también enumerados a continuación). El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:
 - 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.
 - 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
 - 3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

(Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Episodio depresivo moderado.

Normalmente están presente cuatro o más de los síntomas (anotados antes en F3 y también enumerados a continuación) y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

CDI-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

(Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Trastorno de ansiedad generalizada.

Ansiedad que es generalizada y persistente, pero que no se limita o incluso ni siquiera predomina en ningunas circunstancias ambientales particulares (es decir, es una "ansiedad libre flotante"). Los síntomas predominantes son variables, pero las quejas más frecuentes incluyen constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico.

A menudo, el paciente manifiesta temor a que él u otro allegado vaya, en breve, a padecer una enfermedad o a tener un accidente.

- Neurosis de ansiedad.
- Reacción de ansiedad.
- Estado de ansiedad.

CDI-10

- A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.
- B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:

Síntomas autonómicos:

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.

3. Temblor o sacudidas.
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización).
11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos de calor o escalofríos.
14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
15. Tensión, dolores o molestias musculares.
16. Inquietud e incapacidad para relajarse.
17. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión, o de tensión mental.
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
20. Dificultad para concentrarse o de "mente en blanco", a causa de la preocupación o de la ansiedad.

21. Irritabilidad persistente.

22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).

D. *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico (F00-F09) o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un exceso de consumo de derivados amfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

(Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Trastorno obsesivo-compulsivo.

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la mente del paciente de una forma estereotipada. Casi siempre son molestos y el paciente a menudo intenta sin éxito, resistirse a ellos. No obstante, el individuo los reconoce como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y con frecuencia repugnantes. Los actos compulsivos o rituales son comportamientos estereotipados que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni tampoco llevan a completar tareas útiles por sí. Su función de prevenir algún hecho objetivamente improbable que suele referirse a recibir algún daño de alguien o que el paciente se lo pueda producir a otros. Normalmente, el paciente reconoce este comportamiento como carente de sentido o de eficacia y

realiza intentos repetidos para resistirse a ellos. Si se opone resistencia a los actos compulsivos la ansiedad empeora.

(Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

2.3. Definiciones Conceptuales.

Terapia Breve Centrada en Soluciones:

El proceso terapéutico en TBCS es señalando que, se empieza por el final es decir que la terapeuta comienza la primera entrevista negociando con el individuo y la familia cómo sabrán que los problemas que les traen a terapia están resueltos, cuáles son los criterios para determinar que la intervención ha sido exitosa. A menudo, sirve para ello la “Pregunta Milagro” o de otras técnicas de proyección al futuro que ayudan al individuo y la familia a describir su futuro preferido. Una vez que lo han descrito será más fácil de identificar las mejorías y los cambios que ya están en marcha (los cambios pretratamiento y las excepciones), ayudar a identificar cómo se consiguen e ir decidiendo cuáles son los siguientes pequeños pasos a dar hacia ese futuro preferido. En otras palabras, el criterio de avance no es tanto alejarse del problema, sino ir acercándose a los objetivos. En este proceso, la terapeuta va elogiando los avances del individuo y la familia y a menudo proponiendo tareas para casa que ayuden a llevar a cabo y/o a consolidar estos avances. La terapia termina cuando la familia considera que ya ha alcanzado sus metas. (Beyebach, 2014).

Un terapeuta centrado en soluciones trabaja mucho durante las sesiones para conseguir que sea el individuo o la familia la que genere sus propias soluciones. Y lo hace utilizando el lenguaje de forma cuidadosa y centrada en

soluciones, empleando las técnicas que constituyen la “entrevista interventiva” (Lipchik & De Shazer, 1986).

Trastorno mental y problemas psicológicos.

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) en otras palabras del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. No son sólo variaciones dentro de la “normalidad”, sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Para clasificarse como trastornos, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida. Los trastornos mentales y conductuales se caracterizan también por síntomas y signos específicos, y suelen seguir una evolución espontánea más o menos previsible, salvo si se llevan a cabo intervenciones terapéuticas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

2.4. Sistema de Variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
VI: Terapia Breve Centrada en Soluciones	PREGUNTA DE MILAGRO	"Me gustaría hacerte una pregunta extraña... Supongamos que te vas a casa... y esta noche... te vas a la cama... y te quedas dormido como de costumbre... y mientras tú estás durmiendo, ocurre un milagro... y el milagro es que los problemas que te trajo aquí se han solucionado... y no te das cuenta porque estás durmiendo... ¿Qué vas a notar diferente mañana... que te indicará que se ha producido un milagro? , ¿Qué sería diferente en ti?, ¿Qué efectos tendría eso en ti?, ¿Cómo te darías cuenta de que ese milagro ha sucedido?, etc.	Protocolo de Investigación de la Terapia Breve Centrada En Soluciones, de la Asociación Europea de Terapia Breve.
	ESCALA DE AVANCES	-¿En una escala, donde 10 representa el día después del milagro y 0 indica que los problemas que te trajeron están en su peor momento, dónde te ubicarías en este momento?	
		-¿Cómo te darías cuenta de que estas un puntito más por encima de la escala?	
ELOGIOS Y TAREAS	-Estoy impresionado de... y por eso te sugerimos que...		

BIENESTAR	Bienestar personal, según el ORS.	
INDIVIDUAL		
FUNCIONAMIENTO	Familia, relaciones cercanas.	
INTERPERSONAL:		
FUNCIONAMIENTO	Trabajo, escuela, amistades.	Out Rating Scale
SOCIAL:		(ORS)
SENSACIÓN	Sentido general de bienestar	
GENERAL DE		
BIENESTAR:		

2.5. Definición operacional de variables.

A. Variable independiente:

Terapia Breve Centrada en Soluciones: Durante las sesiones, los terapeutas deben centrarse en los objetivos del cliente, las excepciones, los cambios pre tratamiento y los recursos generales del cliente. Deben hacerlo con la pregunta del milagro, averiguando las excepciones y los cambios pre tratamiento, preguntas de afrontamiento y de escalas. Los terapeutas deben hacerlo usando el lenguaje del cliente, y al mismo tiempo promoviendo descripciones concretas, específicas y en positivo (presencia de soluciones, en lugar de la ausencia de problemas; comienzo de algo nuevo, en lugar de detener algo) y en términos de interacción. Los terapeutas deben adoptar una postura respetuosa, no culpabilizadora y cooperativa, trabajando hacia el logro de los objetivos del cliente, desde dentro del marco de referencia del cliente. (Beyebach, 2000).

B. Variable dependiente:

Respuestas a los ítems del Outcome Rating Scale (ORS).

2.6. Hipótesis.

2.6.1. Hipótesis General

H_i: La Terapia Breve Centrada en Soluciones será efectiva en los problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huanuco-2018.

H₀: La Terapia Breve Centrada en Soluciones no será efectiva en los problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018.

2.6.2. Hipótesis Específicas

H_{i1}: El puntaje promedio del Outcome Rating Scale (ORS) en la pre prueba, de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, se encuentra por debajo del punto de corte.

H₀₁: El puntaje promedio del Outcome Rating Scale (ORS) en la pre prueba, de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, no se encuentra por debajo del punto de corte.

H_{i2}: El puntaje promedio del Outcome Rating Scale (ORS) en la pos prueba, de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, se encuentra por encima del punto de corte.

H₀₂: El puntaje promedio del Outcome Rating Scale (ORS) en la pos prueba, de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, no se encuentra por encima del punto de corte.

H_{i3}: Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes promedios del Outcome Rating Scale (ORS), entre la pos y la pre prueba de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018.

H₀₃: No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes promedios del Outcome Rating Scale (ORS), entre la pos y la pre prueba de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel, tipo y método de investigación.

3.1.1. Nivel

El nivel de la investigación fue explicativo porque estos estudios van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

3.1.2. Tipo

El tipo de la investigación fue aplicada, ya que se basa en la aplicación de conocimientos teóricos para poder explicar y solucionar problemas de la realidad. Se destaca su importancia para solucionar problemas de las diferentes disciplinas de la ciencia. Por ende en ésta investigación se aplicó la Terapia Breve Centrada en las Soluciones para disminuir la sintomatología de problemas y trastornos psicológicos de usuarios del Consultorio de la Facultad de Psicología (Sánchez & Reyes, 2002).

3.1.3. Método:

En la investigación se utilizó el método experimental, porque mediante ella se restableció el efecto de una causa que se manipula (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Se pretendió establecer el efecto de la Terapia Breve Centrada en Soluciones en usuarios con problemas y trastornos psicológicos.

El tipo del método utilizado fue experimental debido a que presenta un grado de control mínimo, es válido para estudios exploratorios y por ende los resultados se tomaron con precaución al momento de establecer las relaciones causales entre la variable independiente y dependiente. (Hernández et al., 2014).

3.2. Diseño de investigación.

3.2.1. Diseño

Fue un diseño de pre prueba-pos prueba con un solo grupo, donde se le aplicó una prueba previa al tratamiento experimental, luego se le administró el tratamiento y finalmente se le aplicó una prueba posterior al estímulo. (Hernández et al., 2014). El diagrama del diseño es:

G O1 X O 2

Donde:

G : Grupo único

O1 : El puntaje de las dimensiones del ORS: bienestar individual, funcionamiento interpersonal, funcionamiento social y sensación general de bienestar en pacientes con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología según ORS, pre tratamiento.

X : Terapia Breve Centrada en las Soluciones.

O2: El puntaje de las dimensiones del ORS: bienestar individual, funcionamiento interpersonal, funcionamiento social y sensación general de bienestar en pacientes con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología según ORS, pos tratamiento.

A un grupo de usuarios se aplicó la pre prueba del Outcome Rating Scale (ORS) de 4 ítems, antes del tratamiento, luego se aplicó la Terapia Breve Centrada en las Soluciones, y al final se aplicó la pos prueba del Outcome Rating Scale (ORS) de 4 ítems, posterior al tratamiento.

3.3. Ámbito de la Investigación

La presente investigación se llevó a cabo en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán en el distrito de Pillco Marca, de la provincia de Huánuco, departamento de Huánuco, Perú.

3.3.1. Huánuco

El departamento de Huánuco está situado en la parte central del país, entre la cordillera occidental y el río Ucayali. Sus límites son: Por el norte con los departamentos de La libertad, San Martín, Loreto y Ucayali; por el este con el departamento de Ucayali; por el sur con el

departamento de Pasco y por el oeste con los departamentos de Lima y Ancash.

La altura del territorio huanuqueño oscila entre los 80 y 6000 m.s.n.m., siendo los pueblos de Tournavista y Yuyapichis (Capitales del distrito del mismo nombre en la provincia de Puerto Inca) ubicados a 250 m.s.n.m., los de menor latitud, en tanto que el pueblo de Yarumayo (capital del distrito de Yarumayo, provincia de Huánuco), ubicado a 4100 m.s.n.m. el de mayor altitud. (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2000).

Huánuco está conformado por once provincias: Huánuco, Ambo, Dos de Mayo, Huacaybamba, Huamalíes, Lauricocha, Leoncio Prado, Marañón, Pachitea, Puerto Inca, Yarowilca.

Según las proyecciones estimadas de la población de Huánuco para el año 2014 es de 847 mil 714 habitantes, que están conformadas por 50,8% de hombres y el 49,2% de mujeres. (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2014).

3.3.2. Universidad Nacional Hermilio Valdizán Medrano

La Universidad Nacional Hermilio Valdizán fue creada el 11 de enero de 1961, en el marco de una histórica asamblea cívica popular convocada por el Comité Pro Universidad Comunal, presidida por el ilustre huanuqueño Dr. Javier Pulgar Vidal. Dicha asamblea se efectuó en la que fuera la casa del héroe Leoncio Prado Gutiérrez. Se dio inicio a una trayectoria de lucha en favor de la cultura y el desarrollo del pueblo de Huánuco. Nació como una Universidad Comunal Filial de la

Universidad Comunal del Centro, (ahora Universidad Nacional del Centro del Perú), en mérito a la Ley N° 13827, del 2 de enero de 1962, promulgada en el gobierno de Don Manuel Prado Ugarteche. Inició su funcionamiento con la creación de las facultades de educación, recursos naturales y ciencias económicas, siendo su primer rector el Dr. Javier Pulgar Vidal. Ante el clamor de la comunidad universitaria y la población huanuqueña, que solicitaban la autonomía de la Universidad Comunal de Huánuco, se gestionó ante el Congreso de la República su conversión en Universidad Nacional; anhelo que finalmente se logró durante el gobierno del Arq. Fernando Belaúnde Terry, con la dación de la Ley N° 14915, del 21 de febrero de 1964, con la que se crea la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, llamada así en homenaje a ese ilustre huanuqueño, médico, psiquiatra, de reconocido prestigio nacional e internacional. Actualmente, la Universidad Nacional Hermilio Valdizán tiene una moderna infraestructura en la Ciudad Universitaria de Cayhuayna, que la pone a la altura de las mejores universidades de Latinoamérica. En sus claustros se brinda una educación de calidad que contribuye con el desarrollo de la Región Huánuco y del país a través de la formación académico profesional, la investigación, la proyección social y la extensión universitaria, y los estudios de Post Grado.

Ubicado en la Av. Universitaria Nro. 601-607 Cayhuayna – Huánuco, en el distrito de Pillco Marca. Cuenta con una población aproximada 10,443 estudiantes, consta de 14 facultades que albergan 27 escuelas

profesionales. (Universidad Nacional Hermilio Valdizán [UNHEVAL], 2016)

3.3.3. Facultad de psicología.

En 1984 con la dación de la ley 23733, en adecuación a ella, al instalarse la asamblea Universitaria se considera en el estatuto la Facultad de Letras, llamándose en el mismo año al 1° examen de admisión en la especialidad de psicología. En la reestructuración del estatuto, se ratifica la Facultad de Letras con la Escuela Profesional de Psicología.

La Escuela Académico Profesional de Psicología, se crea en sesión de consejo de facultad de letras el 25 de mayo de 1985 en concordancia con la Ley Universitaria 23733, y el estatuto, Resolución 004-DFL-85 (Aprobación de Escuelas Profesionales en la Facultad de Letras). Mediante la Resolución N° 001-2012UNHEVAL-AU, de fecha 19 de marzo del 2012 se aprueba la creación de la Facultad de Psicología (UNHEVAL, 2016).

3.3.4. Consultorio de la Facultad de Psicología – COFAPSIC

El consultorio de psicología inicio atención en el año de 1994. Prestó su servicio bajo la responsabilidad de la Hna. Elizabeth Siches, quien atendió a un total de 300 casos, de los cuales 115 eran varones y 185 eran mujeres de la población universitarias, siendo como más concurrida por los alumnos de la facultad de economía.

En el año 1995 la UNHEVAL ingresó a un proceso de reorganización con la I Comisión Reorganizadora (CORE), hasta el año 1996, años en que el servicio psicológico brinda su atención esporádicamente.

En el 2° semestre del año 1996 y el 1° semestre de 1997, el consultorio estuvo a cargo de un interno de psicología; quien atendió a un total de 67 casos de los cuales 18 fueron varones y 49 mujeres, en donde los estudiantes de mayor concurrencia fueron los de Enfermería y el menor índice son de la facultad de Derecho y Ciencias Políticas, el consultorio de psicología se dio por re-inagurado el 17 de julio de 1997 con la presencia del presidente de la U CORE, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Directora y jefe del departamento de la E.A.P. de Psicología, y representante del Director de la oficina de Bienestar Universitario; así como el cuerpo de docentes de la Especialidad de Psicología.

El 5 de diciembre del 2002 se realizó un convenio entre la UNHEVAL, la Dirección Regional de Salud COIDA y el Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva del adolescente de la Cooperación Técnica Alemana, el objetivo del convenio es desarrollar acciones destinadas a mejorar la salud de los jóvenes Universitarios, así como fortalecer su formación académica y práctica en cuanto a las tareas de la adolescencia y juventud.

Años anteriores la atención no se realizaba con frecuencia diaria y no se lograba cubrir las necesidades de los que lo requieren ya que se realizaba de forma inter-diaria y por horas específicas. En los años

sucesivos al 2011 se implementó el servicio psicológico. (Falcón, 2017).

3.4. Población y Muestra.

3.4.1. Población.

La población implica la totalidad de hechos, personas, fenómenos u objetos de estudio investigación (Sánchez & Reyes, 2002).

En el presente estudio la población estuvo conformada por 7 usuarios con problemas y trastornos psicológicos que solicitaron atención en el Consultorio de la Facultad de Psicología (COFAPSIC) y que cumplían con todos los criterios de inclusión. Inicialmente firmaron consentimiento informado 11 usuarios, aunque descartamos 4 porque solo asistieron a una sola sesión.

A. Criterios de Inclusión.

- Usuarios que no presentaban lesión cerebral ni trastorno de esquizofrenia.
- Usuarios con problemas y trastornos psicológicos que solicitaron atención psicológica de manera voluntaria en el COFAPSIC.
- Usuarios con problemas y trastornos psicológicos que firmaron el consentimiento informado para recibir psicoterapia en el COFAPSIC.

- Usuarios que comprendían desde los 18 años hasta los 50 años de edad.
- Usuarios atendidos entre agosto y diciembre del 2018.

B. Criterios de Exclusión.

- Usuarios con lesión cerebral y trastorno de esquizofrenia.
- Usuarios con problemas y trastornos psicológicos que no firmaron el consentimiento informado para recibir psicoterapia en el COFAPSIC.
- Usuarios con problemas y trastornos psicológicos que no regresaron a la sesión programada.
- Usuarios menores de los 18 años y mayores de los 50 años de edad.
- Usuarios atendidos entre abril y julio del 2018.

3.4.2. Muestra de Estudio.

Se utilizó la muestra censal debido a que se consideró a toda la población (Ramírez, 1997).

La muestra censal se conformó por los 7 usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología, evaluados con el instrumento psicológico ORS, que solicitaban tratamiento y asistían constantemente a las sesiones programadas.

Se escogió a los participantes de la investigación de forma no probabilístico intencional, lo constituyeron los usuarios que firmaban su consentimiento informado para recibir tratamiento en el Consultorio de la Facultad de Psicología, en el periodo comprendido entre agosto hasta noviembre del 2018, además los usuarios cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Las características de los pacientes atendidos se presentan a continuación:

	N	%
Género:		
Femenino	3	42,86
Masculino	4	57,14
Años: Media =22,43		
20	1	14,285
21	1	14,285
22	1	14,285
23	2	28,571
24	2	28,571
Número de sesiones: Media= 2,71		
2	3	42,857
3	3	42,857
4	1	14,286
Problema que se presenta:		
Episodio depresivo	5	71,43

Trastorno Obsesivo	1	14,28
Compulsivo		
Ansiedad Generalizada	1	14,28

3.5. Instrumentos de estudio.

El Outcome Rating Scale (ORS) es una medida muy breve del bienestar diseñada para realizar un seguimiento de los resultados en psicoterapia. La prueba cuenta con cuatro líneas horizontales cada una en las que el paciente debe hacer una marca (Miller & Duncan, 2000).

La ORS evalúa el funcionamiento del paciente en cuatro áreas:

- Bienestar individual.
- Funcionamiento interpersonal.
- Funcionamiento social.
- Sensación general de bienestar.

El punto de corte en la versión española es de 19.

Moggia, Niño, Miller & Feixas, (2018), estudiaron las propiedades psicométricas de la ORS en una muestra clínica española. Se reclutaron ciento sesenta y cinco participantes adultos de diferentes centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona. Se exploraron y describieron las propiedades psicométricas de la ORS en la muestra, comparándolas con las propiedades de otros instrumentos ya validados en España. Los resultados mostraron una buena confiabilidad ($\alpha = .91$ [.88, .93]; $\alpha = .96$; pruebas de correlación de reevaluación de .61 a .84), buena validez (correlaciones de

validez convergente con angustia y medidas de síntomas de $-.32$ a $-.76$), y buena sensibilidad al cambio (comparación previa a la publicación mediante la prueba de rango con signo de Wilcoxon, $Mdn_{pre} = 31.0$, $Mdn_{post} = 19.6$, $z = -7.38$, $p < .05$, $r = .42$). Estos resultados son consistentes con hallazgos previos en otros países.

La conclusión de la investigación es que se puede aplicar el ORS para monitorear el resultado en psicoterapia y para probar la efectividad de los tratamientos impartidos con clientes que hablan español. Sin embargo, una mayor investigación con la ORS en español podría proporcionar más evidencia de sus propiedades psicométricas (Moggia et al, 2018).

Para la presente investigación, los investigadores determinaron la confiabilidad del ORS en un alfa de Cronbach de 0.84 , 0.98 , 0.99 ($p < .05$) en las tres primeras sesiones de procesos de psicoterapia, los cuales evidencian categorías de bueno y excelente. La validez convergente identificada del ORS con el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) es de -0.64 , el cual revela una correlación negativa moderada, que es adecuada para nuestro instrumento.

3.6. Procedimiento.

- Las investigadoras recibieron entrenamiento en terapia breve centrada en soluciones.
- Se captó a los usuarios del Consultorio de la Facultad de Psicología de la Facultad, previa evaluación, para que recibieran tratamiento con terapia breve centrada en soluciones.

- Se explicó a los usuarios las condiciones de la atención y se obtuvo su consentimiento informado.
- Se aplicó la Escala de Calificación de Resultados (ORS) a los pacientes, antes de iniciar el tratamiento.
- Se aplicó el tratamiento en función del protocolo de investigación de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, planteada por la Asociación Europea de Terapia Breve (EBTA), que presenta las siguientes características con los requisitos mínimos que se cumplió:
 - Primera sesión: El terapeuta (1) pide y da seguimiento a la pregunta del milagro, (2) pide y da seguimiento a la pregunta de la escala de avances, (3) ofrece cumplidos al final de la sesión.
 - Segunda sesión y siguientes: El terapeuta (4) pregunta “¿qué va mejor?” al comienzo de la sesión y da seguimiento a la respuesta (5) pide y da seguimiento a la pregunta de escala de avances, (6) ofrece cumplidos al cliente, al final de la sesión.
- Se recibió supervisión de las sesiones del asesor especialista.
- Se procesó la información en el programa informático SPSS 21, a través de los estadígrafos de promedio, desviación estándar y también para determinar la t pareada. El tamaño del efecto se obtuvo con un programa en línea.
- Se elaboró el informe en un laptop corel i5 y en el programa Microsoft Word 10.

3.7. Técnicas de procesamiento de datos.

Los datos recolectados fueron procesados en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión IBM SPSS Statistics 21.0.

El procesamiento con el SPSS implicó:

- Para los puntajes de la pre prueba y pos prueba se utilizó la media y la desviación estándar.

Fórmula medial:

$$\bar{X} = \frac{\sum f_i X_i}{n}$$

Donde:

\bar{X} = punto medio de clase

f_i = frecuencia de clase

$f_i X_i$ = producto de punto medio y frecuencia

$\sum f_i X_i$ = sumatoria de fX

n = total de frecuencias

Fórmula de la desviación estándar:

$$s = \sqrt{s^2} = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n - 1}} = \sqrt{\frac{\sum x^2}{n - 1} - \frac{n\bar{x}^2}{n - 1}}$$

Donde:

- s^2 = Varianza de la muestra
- s = Desviación estándar de la muestra
- x = Valor de cada una de las n observaciones
- \bar{x} = Media de la muestra
- $n - 1$ = Número de observaciones de la muestra menos 1

- Para determinar si el cambio grupal de la ORS es estadísticamente significativo, se utilizó el t pareado con los datos de los puntajes iniciales y finales de cada uno de los clientes del grupo.

Fórmula de la T de student:

$$t_0 = \frac{\bar{D}_0}{s_D / \sqrt{n}}$$

Donde:

“t₀” tiene probabilidad de ocurrencia en la tabla de distribución t de Student con n-1 grados de libertad.

\bar{D} es la diferencia promedio entre las parejas de datos.

s_D es la desviación estándar de las diferencias entre las parejas de datos.

n es el tamaño de la muestra (número de parejas de datos)

- Para obtener el tamaño de efecto se utilizó la d de cohen.

$$d = \frac{x_1 - x_2}{(DE_1 + DE_2)/2}$$

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Presentación, análisis e interpretación de resultados.

Después de aplicar el tratamiento basado en el protocolo de investigación de Terapia Breve Centrada en Soluciones a los 7 participantes del estudio, que presentaba una edad promedio de 22,43 donde el 57,14 % eran varones y el 42,86 % eran mujeres, en un número de sesiones promedio de 2.71, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1

Resultados del ORS pre y post prueba.

Paciente	Pre prueba ORS					Pos prueba ORS				
	Individu almente	Con otras personas	Social ment e	Glo bal	Suma total	Individu almente	Con otras personas	Social mente	Glob al	Suma total
01	7,30	3,30	7,20	5,20	23,0	6,10	6,20	6,10	6,10	26,5
02	4,60	4,50	3,00	1,80	13,9	8,50	8,60	8,90	9,00	35,0
03	2,40	1,20	1,90	2,20	7,7	2,00	2,10	2,30	2,20	8,6
04	2,70	3,30	3,20	3,20	12,4	4,70	6,00	5,40	5,30	21,4
05	3,10	4,00	4,50	4,40	16,0	2,80	3,40	4,10	3,40	20,3
06	1,10	2,20	1,60	2,00	6,9	2,20	2,80	2,90	2,40	10,3
07	1,9	1,9	5,0	2,2	11,0	8,5	9,5	9,1	8,8	35,9
TOTAL	23,1	20,4	26,4	21,0	90,9	34,8	38,2	38,8	37,2	158,0

Análisis: El puntaje de suma total de la pos prueba (158,0) resulta mayor que el puntaje de la suma total de la pre prueba (90,9), incluso los puntajes de la pos prueba son mayores que los de la pre prueba en cada una de las áreas del ORS: individualmente (34,8 frente a 23,1), con otras personas (38,2 frente a 20,4), socialmente (38,8 frente a 26,4) y global (37,2 frente a 21,0). Es decir, existió diferencia de puntaje después de aplicar el tratamiento.

Tabla 2

Puntaje promedio pre prueba y pos prueba ORS y desviación estándar de los pacientes con trastornos y problemas psicológicos atendidos con TBCS.

	Pre test		Pos test	
	M	DE	M	DE
Promedio	12,98	(5,47)	22,57	(10,80)

Análisis: Por otro lado, el promedio de la pos prueba (12,98) es mayor al promedio de la pre prueba (22,57), presentándose diferencias. Siendo el punto de corte 19, el puntaje promedio pre prueba está por debajo del punto de corte y el puntaje pos prueba se encuentra por encima del punto de corte.

Interpretación de la Tabla 1 y Tabla 2: La diferencia entre la pos prueba y pre prueba, general y en las áreas respectivas, se debería al efecto de la Terapia Breve Centrada en Soluciones que promociona los recursos y las fuerzas intrínsecas de los clientes (Beyebach, 2014a, 2014b). Además, en investigación sobre el proceso de la TBCS se identificó mayor apoyo empírico para las técnicas orientadas a las fortalezas personales, como son el trabajo con excepciones y la pregunta del milagro (Franklin, Zhang, Froerer & Johnson, 2016).

4.2. Verificación de hipótesis.

4.2.1. Hipótesis General

Tabla 3

Puntaje del tamaño del efecto con la d de Cohen de la TBCS en pacientes con trastornos y problemas psicológicos.

	D de Cohen
Tamaño del Efecto	1.120693

Se obtuvo un puntaje del tamaño del efecto de 1.120693 que corresponde al efecto grande, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, es decir que la Terapia Breve Centrada en Soluciones fue efectiva en los problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018.

4.2.2. Hipótesis Específicas

Se obtuvo como puntaje promedio 12,98 de Outcome Rating Scale (ORS) en la pre prueba, siendo el punto de corte 19, entonces se rechaza la h_{01} se acepta la h_{i1} , es decir el puntaje promedio (ORS) en la pre prueba, de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, se encontró por debajo del punto de corte.

Se obtuvo como puntaje promedio 22, 57 de la Outcome Rating Scale (ORS) en la pos prueba, siendo el punto de corte 19, entonces se rechaza la h_{02} y se acepta la h_{i2} , es decir el puntaje promedio de Outcome Rating Scale (ORS) en la pos prueba, de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, se encontró por encima del punto de corte.

Tabla 4

Prueba t de student de la TBCS en pacientes con trastornos y problemas psicológicos.

t	gl	Sig. (bilateral)
2,658	6	,038

p= 0,05

La T de Student obtiene un valor de 2,658; con un sig. bilateral 0,038 que resulta menor al 0,05. Se rechaza la h_0 y se acepta la h_1 , evidenciando que existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes promedios de Outcome Rating Scale (ORS), entre la pos y la pre prueba de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018. (Ver Tabla 4).

4.3. Discusión de los resultados.

A partir de los resultados obtenidos se evidencia la efectividad de la TBCS en pacientes con trastornos y problemas psicológicos atendidos en nuestra investigación. Por otro lado, Beyebach (2014) plantea que la efectividad de la TBCS se debe a que las personas poseen recursos y fortalezas para solucionar sus problemas.

Galdámez (2015) obtiene resultados favorables en un caso con sintomatología depresivo-ansioso utilizando la TBCS, junto con la terapia cognitivo conductual, obteniendo resultados de mejora. Igualmente, Habibi et al. (2016), utilizó la TBCS en modalidad grupal con pacientes de mujeres con depresión y obteniendo como resultado disminución significativa de los síntomas. En nuestra investigación también se atendió casos con igual sintomatología

habiendo obtenido una mejora en el pos test. Nuestro resultado se emparenta con las investigaciones mencionadas, incluso más con la investigación de Javanmiri et al. (2013), que utilizó TBCS en adolescentes y que también obtuvo resultados en la disminución de la depresión de adolescentes, grupo etario similar al de nuestra investigación.

Koorankot et al. (2014), usaron el protocolo de investigación de la TBCS en una comunidad tribal de la india para pacientes con trastorno depresivo, provenientes de la zona rural, obteniendo disminución significativa de los síntomas depresivos. El mencionado protocolo, fue el que se usó en este estudio, y al parecer éste tiene propiedades a culturales debido a que se centra en procesos y no en contenidos.

Los resultados de Zhang et al. (2017), en el rubro de problemas psicosociales relacionados con la salud se relaciona con el hecho de que varios de nuestros clientes que padecían en este rubro también obtuvieron mejorías significativas.

Chávez et al. (2008), en una investigación que se dio en similares condiciones de ámbito, muestra, número de pacientes, diseño metodológico, variedad de casos, obtuvieron una t de 4,18 obteniendo diferencias estadísticamente significativas entre la pos prueba y pre prueba; mientras en nuestra investigación se obtuvo una t de 2,658, también con diferencias estadísticamente significativas entre la pos prueba y pre prueba. De tal manera que ambas investigaciones realizadas en el consultorio de la Facultad de Psicología de la UNHEVAL resultan efectivas para su población atendida, comprobado en años diferentes y por terapeutas diferentes.

Los resultados significativos obtenidos en nuestra investigación pueden justificarse por los procesos intrínsecos de la TBCS estudiados por Franklin et al. (2016), donde refiere que las técnicas con mayor apoyo empírico son las orientadas a las fortalezas personales y a la co-construcción conjunta de nuevos significados, las mismas que utilizamos guiados por el protocolo de la investigación de la TBCS.

Las implicaciones de nuestro estudio justifican la utilidad de utilizar la TBCS en el consultorio de la Facultad de Psicología de la UNHEVAL, debido a que los resultados se dan en tiempo breve y con menor costo de sufrimiento y tiempo en los pacientes, quienes llegan a considerarse protagonistas de su propio cambio.

Sin embargo, se debe tomar con cuidado los resultados de la investigación, porque se empleó un diseño básico, es decir se necesita verificar con diseños metodológicos de grupo control y asignación al azar de los participantes, para obtener a futuro resultados con mayor capacidad de generalización y replicación en otros ámbitos de asistencia de la salud mental.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. Conclusiones.

- El promedio pre test de los pacientes con trastornos y problemas psicológicos atendidos en el Consultorio de la Facultad de Psicología de la UNHEVAL es de 12.98, según el ORS, y se encontró por debajo del punto de corte.
- El promedio pos test de los pacientes con trastornos y problemas psicológicos atendidos en el Consultorio de la Facultad de Psicología de la UNHEVAL es 22.57, según el ORS, y se encontró por encima del punto de corte.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre test y el pos test que evidencian la efectividad de la Terapia Breve Centrada en Soluciones en los pacientes con trastornos y problemas psicológicos atendidos en el Consultorio de la Facultad de Psicología de la UNHEVAL.
- El tamaño del efecto de la Terapia breve centrada en soluciones en los pacientes con trastornos y problemas psicológicos atendidos en el Consultorio de la Facultad de Psicología de la UNHEVAL, es grande.

5.2. Recomendaciones y Sugerencias.

A la UNHEVAL:

- Dotar de recursos humanos y económicos al Consultorio de la Facultad de Psicología – Cámara Gesell para el desarrollo de proyectos de investigación en terapia breve centrada en soluciones.
- Fomentar la creación del Instituto de Investigación de Terapia Breve de la Facultad de Psicología.

- Continuar convocando, a través de la Dirección Universitaria de Investigación, a fondos concursables para la replicación más rigurosa de la investigación realizada.

A la Facultad de Psicología:

- Sugerir la creación del Instituto de Investigación de Terapia Breve de la Facultad de Psicología.
- Promover la formación semillero de investigación en Terapia Breve en la Facultad de Psicología, a través del Consultorio de la Facultad de Psicología – Cámara Gesell.
- Proponer la implementación en el plan de estudios de la asignatura de terapia breve centrada en las soluciones.
- Formar un equipo permanente de docentes y estudiantes de internado, con formación en terapia breve centrada en soluciones.

A los investigadores:

- Desarrollar proyectos de investigación de terapia breve centrada en soluciones con mayor rigor metodológico y experimental.
- Investigar la terapia breve centrada en soluciones para trastornos y problemas psicológicos específicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Beyebach, M. (2014). *24 ideas para una psicoterapia breve*. España: Herder.
- Beyebach, M. (2014). Terapia breve centrada en soluciones. En Moreno, A. *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención* (pp. 449-480). España: Desclée de Brouwer.
- Beyebach M. (2000). *Protocolo de investigación: Asociación Europea de Terapia Breve*. Recuperado de www.solutionsdoc.co.uk/sft.html
- Beyebach M. (1999). Introducción a la terapia centrada en las soluciones. En: Navarro J, Fuertes A, Ugidos T, editores. *Intervención y prevención en salud mental*. Salamanca: Amaru.
- Chávez, E., Chávez E., Mallqui, C., Rivera, Y. (2008). Aplicación de la Terapia Centrada en las Soluciones. *Investigación Valdizana*, 2(1), 13-17.
- Collins, P., Patel, V., Joestl, S. & cols, (2011). Grand Challenges in Global Mental Health. *Nature*, 475 (7354), 27-30. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3173804/>
- Duncan B, Miller, S. (2006). Los manuales de tratamiento no mejoran los resultados. *Hipópolís*, 4(4), Nueva Era, junio de 2006.
- Falcon, J. (2017). Informe Memoria de Internado. (Trabajo para optar el grado de bachiller en psicología). Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco - Perú.
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A. & Johnson, S. (2016). Solution focused on brief therapy: a systematic review and metasummary of process research]. *EE.UU*, 43 (1): 16-30. doi: 10.1111 / jmft.12193.
- Galdámez, R. (2015). Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por

infidelidad. (Tesis de maestría). Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/9636/>

Gallagher, S. y Mechanic, D. (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Social Science and Medicine*.

García, F. (2013). *Terapia sistémica breve: fundamentos y aplicaciones*. Chile: RiL Editores.

Habibi, M., Ghaderi, K., Abedini, S. & Jamshidnejad, N. (2016). The effectiveness of brief therapy focused on solutions in reducing depression in women. *International Journal of Educational Research and Psychological*, 6(1), 1. doi: 10.4103 / 2.395-2.296,189671.

Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: Mc Graw Hill.

Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". (Año 2003). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003: Informe General. Anales de Salud Mental*. Vol. XIX, Números 1 y 2.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2000). Conociendo Huánuco. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0381/Libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2014). Informe de proyección de la población. Recuperado de <https://diariocorreo.pe/ciudad/segun-el-ineihuanuco-tiene-847-mil-714-habi-88804/>

Jara, H. (2010). *Terapia Centrada en Soluciones en la satisfacción marital en parejas*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.

Javanmiri, L. Kimiaee, S. & Hashem, B. (2013). The Study of Counseling Group Focused on Solutions in the decrease

Depression among adolescent girls. *International Journal of Psychological Studies*. 5(1) ,1. doi: 10.5539/ijps.v5n1p105

Koorankot, J., Mukherjee, T & Ashraf, Z. (2014). Focused on Brief Therapy solutions for depression in a tribal community in India: a pilot study. *International Review of Practices focused on solutions*.2 (1), 1. doi: 10.14335.

Lipchik, E. y De shazer, S. (1986). The purposeful interview. *Journal of Strategic & Systemic Therapies*, Vol.5, 88-99. Recuperado de <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jsst.1986.5.1-2.88>

Lipchik, E., Derks, J., Lacourt, M., y Nunnally, E. (2012). The evolution of solution-focused brief therapy. En Franklin, C., Trepper, T.S., Gingerich, W, y McCollum, E.E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: Aa handbook of evidenced-based practice* (pp. 3-19). Nueva York: Orxford University Press.

Miller, S. & Duncan, B. (2000). *Escala de calificación de resultados (ORS)*. Recuperado de <https://betteroutcomesnow.com/about-pcoms/pcoms-measures/>

McDonald, A. (2011). *Lista de investigaciones de la terapia centrada en las soluciones*. Recuperado de <https://solutionsdoc.co.uk/sfbt-evaluation-list/>

Moggia, D., Niño, N., Miller, S. y Feixas, G. (2018). *US National Library of Medicine National Institutes of Health .Psychometric Properties of the Outcome Rating Scale (ORS) in a Spanish Clinical Sample*. Vol.21.doi: 10.1017/sjp.2018.32.

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2001). *Informe sobre la salud mental en el mundo*. Francia: Sadag. Recuperado de file:///D:/Descargas/whr01_es%20informe%202001.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. España. Editorial Médica Panamericana, S.A.

- Ramírez, T. (1997). *Cómo hacer un proyecto de investigación*. Caracas, Venezuela: Panapo.
- Rivera, Y., Chávez, E. E., & Chávez, E. (2011). Prevalencia de los trastornos mentales en alumnos ingresantes a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Manuscrito inédito, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco, Perú.
- Sánchez, T., Téllez, A. (2016). *Hipnoterapia y terapia breve centrada en soluciones aplicada a síntomas por abuso sexual infantil: Un estudio de caso*. *Revista de Psicopatología Clínica*. Vol. 21(1), 67-76. Recuperado de http://www.aepcp.net/arc/07_2016_n1.pdf
- Sánchez, H & Reyes, C. (2002). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Universidad Ricardo Palma – Editorial Universitaria.
- Suero, E., & Sánchez, R. (2009). Elaboración del análisis de Situación de Salud (ASIS) mental en la ciudad de Huánuco. *Investigación Valdizana*, 2 (3), 73-77
- Universidad Nacional Hermilio Valdizán [UNHEVAL]. (2016). Reseña histórica. Recuperado de [https://www.unheval.edu.pe/portal/index.php?option=com_tz_portfolio &view=featured&Itemid=247](https://www.unheval.edu.pe/portal/index.php?option=com_tz_portfolio&view=featured&Itemid=247)
- Villanueva, L. (2005). Terapia grupal centrada en soluciones con personas que han tenido intento de suicidio. *Revista de Psicología*, Vol. 7, 32-41.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report: Mental Health: New Understanding. New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- Zhang, A., Franklin, C., Currin-McCulloch, J., Park, S. & Kim, J. (2017). The effectiveness of brief therapy based on strength and focused on the solution in medical settings: a systematic review and a metaanalysis of randomized controlled trials]. *EE.UU.*, 41 (2): 139151. doi: 10.1007 / s10865-017-9888-1.

ANEXOS
ANEXO 01: Matriz de consistencia.

TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES EN USUARIOS CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS DEL CONSULTORIO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA HUÁNUCO-2018.							
OBJETIVOS	FORMULACION DEL PROBLEMA	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES E INDICADORES	TIPO DE INVESTIGACION	POBLACION	INSTRUMENTO
GENERAL	GENERAL	GENERAL	V. D.	- Bienestar individual: Bienestar personal. - Funcionamiento interpersonal: Familia, relaciones cercanas. - Funcionamiento social: Trabajo, escuela, amistades. - Sensación general de bienestar: Sentido general de bienestar	El tipo de la investigación fue aplicada, ya que se basa en la aplicación de conocimientos teóricos para poder explicar y solucionar problemas de la realidad (Sánchez & Reyes, 2002).	La población está conformada por pacientes con problemas y/o trastornos psicológicos del consultorio de la Facultad de Psicología Huanuco-2018.	El ORS (Adaptación española de la Outcome Rating Scale
Determinar la efectividad de la Terapia Breve Centrada en Soluciones en los problemas y trastornos psicológicos de usuarios del Consultorio de la Facultad de Psicología Huanuco-2018.	¿Cuál es la efectividad de la Terapia Breve Centrada en Soluciones en los problemas y trastornos psicológicos de usuarios del Consultorio de la Facultad de Psicología Huanuco-2018?	H_i: Terapia Breve Centrada en Soluciones será efectiva en los problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huanuco-2018. H₀: Terapia Breve Centrada en Soluciones no será efectiva en los problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huanuco-2018	Problemas y Trastornos psicológicos				
ESPECIFICOS	ESPECIFICOS	ESPECIFICOS	V. I	Pregunta de milagro - ¿Qué sería diferente en ti? -¿Qué efectos tendría eso en ti? - ¿Cómo te darías cuenta de que ese milagro ha sucedido? Preguntas de escala de avances de Escala - ¿Desde el 0 al 10 en qué punto de la escala te encuentras ahora? - ¿Qué cosas van mejor? - ¿Cómo te darías cuenta de que estas un puntito más por encima	DISEÑO	MUESTRA	
Identificar el puntaje promedio del ORS de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, en la pre prueba. Identificar el puntaje promedio del ORS de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, en la pos prueba. Establecer si existe o no diferencias significativas entre los puntajes promedios del ORS pre y pos prueba en los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018.	¿Cuál es el puntaje promedio de la Outcome Rating Scale (ORS) de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, en la pre prueba? ¿Cuál es el puntaje promedio del ORS de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, en la pos prueba? ¿Existen diferencias estadísticamente significativas o no de los puntajes promedios del ORS pre y pos prueba de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de	H₁₁: El puntaje promedio de Outcome Rating Scale (ORS) en la pre prueba, de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, se encuentra por debajo del punto de corte. H₀₁: El puntaje promedio del Outcome Rating Scale (ORS) en la pre prueba, de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, no se encuentra por debajo del punto de corte. H₁₂: El puntaje promedio del Outcome Rating Scale (ORS) en la pos prueba, de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de	Terapia Breve Centrada en Soluciones.			La muestra es censal, que estuvo conformada por pacientes con problemas y/o trastornos psicológicos del consultorio de la Facultad de Psicología Huanuco-2018.	

	Psicología Huánuco-2018?	<p>encuentra por encima del punto de corte.</p> <p>H₀₂: El puntaje promedio del Outcome Rating Scale (ORS) en la pos prueba, de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018, no se encuentra por encima del punto de corte.</p> <p>H₁₃: Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes promedios del Outcome Rating Scale (ORS), entre la pos y la pre prueba de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018.</p> <p>H₀₃: No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes promedios del Outcome Rating Scale (ORS), entre la pos y la pre prueba de los usuarios con problemas y trastornos psicológicos del Consultorio de la Facultad de Psicología Huánuco-2018.</p>		de la escala? Elogios y tareas Estoy impresionado de.... Y por eso te sugerimos que...			
--	--------------------------	---	--	---	--	--	--

ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

OUTCOME RATING SCALE (ORS)

FICHA TÉCNICA

Nombre original: Outcome Rating Scale (ORS).

Versión: Escala de Calificación de Resultados (ORS)

Autores del ORS: © 2000, Scott D. Miller y Barry L. Duncan.

Traducción del ORS por: Rafael S. Harris, Jr.

Aplicación: A partir de los 18 años de edad

Significación: Evalúa el funcionamiento del paciente en 4 áreas: Individual (Sintomatología) interpersonal social y general.

Administración: Individual.

Tiempo de aplicación: Sin tiempo límite.

Normas en población de lengua española: El punto de corte es 19.

Propiedades psicométricas en población de lengua española: Los resultados en España mostraron una buena confiabilidad ($\alpha = .91$ [.88, .93]; $\alpha = .96$; pruebas de correlación de reevaluación de .61 a .84), buena validez (correlaciones de validez convergente con angustia y medidas de síntomas de -.32 a -.76), y buena sensibilidad al cambio [comparación previa a la publicación mediante la prueba de rango con signo de Wilcoxon, $Mdn_{pre} = 31.0$, $Mdn_{post} = 19.6$, $z = -7.38$, $p < .05$, $r = .42$] (Moggia, Niño, Miller y Feixas, 2018).

Propiedades psicométricas en usuarios del Consultorio de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco-Perú: La confiabilidad del ORS, en tres momentos diferentes del proceso de psicoterapia, corresponden a los siguientes valores del alfa de Cronbach: 0.84, 0.98, 0.99 ($p < .05$), los cuales evidencian categorías de bueno y excelente. La validez convergente identificada del ORS con el Inventario de Depresión de

Beck (BDI II) – adaptación huanuqueña (Rivera, 2016), es de -0.64, el cual revela una correlación negativa moderada (Rivera, Chávez, Ostos & Valerio, 2018).

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL ORS EN USUARIOS DEL CONSULTORIO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNHEVAL, HUÁNUCO – PERÚ

CONFIABILIDAD

Se administró el ORS a 15 usuarios del Consultorio de la Facultad de Psicología que solicitaron y recibían tratamiento. El procesamiento estadístico, en SPSS 21, arrojó los siguientes resultados:

Primera sesión

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	10	66,7
Casos Excluidos ^a	5	33,3
Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,840	4

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Individual_1	12,5750	20,591	,613	,834
Con_otros_1	12,0250	25,204	,494	,869
Social_1	11,7750	20,826	,773	,753
Global_1	12,3900	21,132	,870	,720

Segunda sesión

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
	Válidos	10	66,7
Casos	Excluidos ^a	5	33,3
	Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,981	4

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Individual_2	15,0900	42,852	,963	,973
Con_otros_2	14,3500	42,278	,958	,976
Social_2	14,5400	48,056	,934	,981
Global_2	15,0600	47,618	,978	,971

Tercera sesión

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
	Válidos	10	66,7
Casos	Excluidos ^a	5	33,3
	Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,992	4

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Individual_3	18,2100	47,294	,978	,989
Con_otros_3	17,7100	51,257	,977	,991
Social_3	17,6700	49,151	,983	,988
Global_3	17,7200	46,542	,985	,988

VALIDEZ

Se administró el ORS, conjuntamente con el Inventario de Depresión de Beck (IBD II) – adaptación huanuqueña, a 10 usuarios del Consultorio de la Facultad de Psicología que solicitaron y recibían tratamiento. El procesamiento estadístico, en SPSS 21, arrojó los siguientes resultados

Correlaciones

		ORS	IDB
ORS	Correlación de Pearson	1	-,642 [*]
	Sig. (bilateral)		,045
	Suma de cuadrados y productos cruzados	720,656	-473,520
	Covarianza	80,073	-52,613
N		10	10
IDB	Correlación de Pearson	-,642 [*]	1
	Sig. (bilateral)	,045	
	Suma de cuadrados y productos cruzados	-473,520	754,400
	Covarianza	-52,613	83,822
N		10	10

Anexo 03 : Escala de Calificación de Resultados (ORS)

Nombre _____ Edad (Años): _____ Género: _____

Sesión N° _____ Fecha: _____

¿Quién completa esta escala? Por favor, indique: Usted _____ Otra persona _____

En caso de que sea por otra persona, ¿Cuál es su relación con ella? _____

Pensando sobre la semana pasada, incluyendo hoy, ayúdenos a entender cómo se ha estado sintiendo en las áreas de vida incluidas en esta encuesta. Marcas a la izquierda representan niveles bajos y marcas a la derecha representan niveles altos. *Si usted está completando esta escala por otra persona, por favor hágalo según crea que le está yendo a esa persona.*

Individualmente

(Bienestar personal)

|-----|

Con otras personas

(Familia, relaciones cercanas)

|-----|

Socialmente

(Trabajo, Escuela, Amistades)

|-----|

Global (en general)

(Sentido general de bienestar)

|-----|

Better Outcomes Now

www.betteroutcomesnow.com

© 2000, Scott D. Miller y Barry L. Duncan

Anexo 04:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SESIONES DE PSICOTERAPIA EN CONSULTORIO DE LA FACULTAD - CÁMARA GESELL

Nombres y apellidos del consultante:
.....

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a recibir psicoterapia en el Consultorio de la Facultad de Psicología (COFAPSIC) de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las características del servicio que se le brindará.

SERVICIO

El COFAPSIC brinda servicio en la modalidad docente. Esto significa que las sesiones de psicoterapia serán atendidas por un equipo, conformado por un docente de la Facultad y un número mínimo de estudiantes del último año de la carrera. Un miembro del equipo atenderá directamente la sesión en la sala del consultorio, mientras el resto observará la atención a través del vidrio y del circuito de audio y video, que es parte de la infraestructura de la sala de al lado.

SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración de 40-45 minutos y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana o cada quince días. Se respetará la cita que se le asignó. En caso que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por los menos 24 horas. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada al inicio.

HONORARIOS

Las sesiones de psicoterapia son sin costo. No se pagan. La Universidad y la Facultad asumen el costo, como parte de la responsabilidad social y la proyección social que les corresponde realizar.

CONFIDENCIALIDAD

La información individualizada que se obtenga de su participación en las sesiones de psicoterapia, sólo lo conocerá el equipo que lo atiende y su uso será estrictamente académico y confidencial. En este sentido, no se revelarán a terceros por ningún medio su identidad con la información obtenida.

INVESTIGACIÓN

Con miras a mejorar nuestro sistema de atención de sesiones de psicoterapia y la efectividad de las mismas, se le solicitará información y opinión sobre aspectos de

nuestro trabajo o su efecto en Ud., a través de cuestionarios o entrevistas. Los datos serán tratados sin individualizar identidades personales.

DERECHO A SUSPENDER LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA

Ud. tiene derecho a suspender las sesiones de psicoterapia en el momento en el que desee. Es recomendable que le comunique su decisión al encargado de atenderle, dentro de una sesión.

Cayhuayna, dedel 201...

Firmado:

.....
Consultante
Nombres y
apellidos.....
.....
DNI

.....
Psicólogo(a) o Est. Psic.
Nombres y apellidos.....
DNI

.....
Padre/madre del consultante
Nombres y apellidos.....
DNI

Anexo 05:

ASOCIACIÓN EUROPEA DE TERAPIA BREVE. ESTUDIO DE RESULTADO: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN*

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Las terapias incluidas en el Estudio de Resultado de la EBTA (Asociación Europea de Terapia Breve) deben llevarse a cabo siguiendo el modelo de terapia desarrollado por Steve de Shazer y Insoo Kim Berg (De Shazer, 1988, 1991, 1994; de Shazer y Berg, 1992).

Durante las sesiones, los terapeutas deben centrarse en los objetivos del cliente, las excepciones, los cambios pre tratamiento y los recursos generales del cliente. Deben hacerlo con la pregunta del milagro, averiguando las excepciones y los cambios pre tratamiento, preguntas de afrontamiento y de escalas. Los terapeutas deben hacerlo usando el lenguaje del cliente, y al mismo tiempo promoviendo descripciones concretas, específicas y en positivo (presencia de soluciones, en lugar de la ausencia de problemas; comienzo de algo nuevo, en lugar de detener algo) y en términos de interacción. Los terapeutas deben adoptar una postura respetuosa, no culpabilizadora y cooperativa, trabajando hacia el logro de los objetivos del cliente, desde dentro del marco de referencia del cliente.

Después de unos 45 minutos de conversación con sus clientes, el terapeuta *puede* tomar un descanso. Después de esta pausa (o, si no se tomó una pausa, sólo al final de las sesiones), el terapeuta debe dar cumplidos al cliente y es probable dar algunas sugerencias, siguiendo las reglas descritas por Shazer, 1988. En el cierre, el terapeuta consultará con el cliente si necesitaría otra sesión y para cuándo se la programaría.

Las terapias, para ser incluidas en la muestra del Estudio de Resultado del EBTA, deben incluir todas o la mayoría de las características descritas anteriormente. Tienen *que* cumplir al menos *todos* los siguientes **requisitos mínimos**:

Primera sesión

El terapeuta ...

1. ... pide y da seguimiento a la Pregunta del Milagro
2. ... pide y da seguimiento a la pregunta de la Escala de Avances
3. ... ofrece cumplidos al cliente, al final de la sesión.

Segunda sesión y siguientes

El terapeuta ...

4. ... pregunta "¿Qué va mejor?" al comienzo de la sesión y da seguimiento a la respuesta.
5. ... pide y da seguimiento a la pregunta de Escala de Avances.
6. ... ofrece cumplidos al cliente, al final de la sesión.

Los terapeutas tendrán que ajustarse a la formulación exacta y el tiempo (en la atención de su caso), de estos elementos, como se describe en las siguientes secciones de este protocolo de tratamiento. Terapias en las que uno o más de estos elementos no están presentes, en una o más de las sesiones, no pueden ser incluidas en la muestra.

REQUISITOS MÍNIMOS

1. "Los terapeutas piden y dan seguimiento a la Pregunta del Milagro"

1.1. La Pregunta del Milagro debe plantearse de la siguiente manera:

"Me gustaría hacerle una pregunta extraña... Supongamos que se va a casa... y esta noche... se va a la cama... y se queda dormido como de costumbre... y mientras usted está durmiendo, ocurre un milagro... y el milagro es que los problemas que le trajo aquí se han solucionado... y no sé da cuenta porque usted está durmiendo... ¿Qué vas a notar diferente mañana ... que le indicará que se ha producido un milagro?"

1.2. Las preguntas de seguimiento sirven al propósito de conseguir una descripción en términos específicos, pequeños, positivos y de interacción. Deben centrarse en *quién va a hacer qué, dónde, cuándo y con quién*, y se le puede pedir tanto desde la perspectiva del cliente o de alguien, por ejemplo:

- ¿Cómo será eso diferente?
- ¿Qué vas a hacer en su lugar cuando no está...?
- Cuando se detiene.... ¿qué vas a hacer entonces?
- Cuando se siente... ¿qué vas a hacer?
- ¿Cómo va a notar que ella se siente...?
- ¿Quién más va a notar que...?
- ¿Qué van a hacer cuando...?
- ¿Qué vas a hacer cuando...?
- ¿Cuál sería la primera señal de que...?

El terapeuta también puede preguntar "¿qué más...?" (se dará cuenta el cliente, el padre, la esposa que se hará, etc.), cómo el cliente (o su esposa, sus amigos ...) van a hacer eso, o lo que debe suceder para que el cliente (su esposa, sus amigos. ..) puedan ver que eso ocurra. Por ejemplo:

- ¿Cómo lo harás?
- ¿De qué manera eso será útil?
- ¿Qué tiene que suceder para que ella ...?

2. "El terapeuta pide y da seguimiento a la Escala de Avances"

2.1. La Escala de Avances debe plantearse de la siguiente manera:

"¿En una escala, donde 10 representa el día después del milagro y 0 indica que los problemas que le trajeron están en su peor momento, dónde se ubicaría usted en este momento?"

2.2. Las preguntas de seguimiento sirven al propósito de conseguir una descripción en términos específicos, pequeños, positivos y de interacción. Deben centrarse en *qué* es o *qué* va a hacer, *dónde*, *cuándo* y *con quién*, y se le puede pedir tanto desde las perspectivas del cliente como de alguien otro.

Las preguntas de seguimiento de las Escala de Avance *pueden* ser utilizados para:

2.2.1. Amplificar excepciones y/o mejoras. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar:

- Ahora que estás en un..., ¿cómo han cambiado las cosas?
- ¿Qué haces diferente ahora que usted está en un...?
- ¿Cómo se dio cuenta de que estabas en un...?
- ¿Quién más puede haber notado que Ud. está en un...?
- ¿Qué es lo que haces cuando estás en un....?
- ¿Qué haces cuando ella está en un...?
- ¿Cuál fue la primera señal para ellos que tú has llegado hasta un...?

El terapeuta también puede preguntar "¿Qué más...? (entra en eso...., es diferente ahora que usted está en un...)", cómo el cliente (o su esposa, sus amigos...) llegaron hasta ese punto en la escala, o lo que pasó de manera que el cliente (su esposa, sus amigos...) llegaron a ese punto de la escala. Por ejemplo:

- ¿Cómo sucedió que usted fue de ... a ...?
- ¿Cómo pasaste de ... a?
- ¿Cómo sabes qué era lo correcto a hacer con el fin de subir a un ...?
- ¿Cómo decidió hacer eso?
- ¿Cómo ayuda hacer eso?
- ¿En qué manera fue que útil para usted?
- ¿Cómo sabe que puede hacer más de lo mismo?
- ¿Qué tiene que suceder para que pueda hacer más de lo mismo?

El terapeuta también puede preguntar cómo sucede que las cosas no están más abajo en la escala, la forma en que el cliente ha sido capaz de mantenerse en ese punto, lo más alto que consiguió estar en la escala, etc.

2.2.2. Discutir los próximos pasos hacia los objetivos, por ejemplo:

- ¿Cómo notaría usted que está en un... (un punto más en la escala)?
- ¿Qué va a estar haciendo diferente cuando usted está en un...?
- ¿Qué pasaría una vez que esté en un...?
- En un... ¿con qué frecuencia vas a hacer...?
- ¿Qué tiene que suceder para que pueda subir a un...?

2.2.3. Negociar objetivos intermedios, por ejemplo:

- ¿Cuánto en la escala sería "lo suficientemente bueno" para usted?
- ¿En qué punto en la escala crees que podrías dejar de venir aquí?
- ¿Si eso ocurriera, la cantidad más alta en la escala que le gustaría estar es...?

2.2.3. Otras preguntas

3. "El terapeuta se complementa con el cliente (s) al final de la sesión"

3.1. Durante la sesión, el terapeuta puede dar cumplidos al cliente (s) haciendo comentarios, utilizando el lenguaje del cliente y citando sus declaraciones (por ejemplo, objetivos, excepciones, recursos), sobre lo que han hecho, están haciendo, o planeando hacer, y que sea útil, positivo o valioso.

3.2. Los cumplidos se debe dar al final de la sesión, *en los últimos cinco minutos de la sesión.*

Estos *pueden* ser seguidos por las tareas o sugerencias.

Ejemplos de cumplidos:

- El equipo y yo estamos impresionados con lo bien que ha descrito la imagen de este día después del milagro y...
- Nosotros pensamos que se necesita mucho valor para venir aquí y...
- Estamos impresionados con lo bien que tratan a tu hija.
- Estoy impresionado con la cantidad de cosas que está haciendo ahora que parece funcionar para usted.
- El equipo y yo estamos impresionados con lo lejos que han llegado en...

4. Siguiendo sesiones. El terapeuta pregunta "¿Qué va mejor?" al comienzo de la sesión y realiza el seguimiento a partir de las respuestas"

4.1. El terapeuta le pregunta "¿Qué va mejor (desde la última vez que estuvo aquí)?"

4.2. Esta pregunta debe ser la apertura de la sesión, y por lo tanto se les debe pedir *dentro de los dos primeros minutos de la sesión* .

4.3. Las preguntas de seguimiento sirven al propósito de conseguir una descripción en términos específicos, pequeños, positivos y de interacción. Deben centrarse en *qué* ha estado haciendo, *dónde*, *cuándo* y *con quién*, y quizás se pida desde la perspectiva del cliente o de alguien aparte. Por ejemplo:

- ¿Cómo que ha cambiado?
- ¿Qué has estado haciendo a cambio, cuando no has ...?
- ¿Cuándo se detuvo qué hizo entonces?
- ¿Cuándo te sientes ¿qué haces?
- ¿Cómo se dio cuenta de que se sentía...?

- ¿Quién más se dio cuenta de que está más...?
- ¿Qué hicieron ellos cuándo....?
- ¿Qué hiciste cuando ella...?
- ¿Cuál fue la primera señal de que...?

El terapeuta también puede preguntar "¿Qué más...? (es mejor, informan que hizo el cliente, informan el padre, esposa, etc.)," cómo el cliente (o su esposa, sus amigos reaccionaron...) qué hicieron, o lo que sucedió para que el cliente (su esposa, sus amigos...) se dieran cuenta que ocurre:

- ¿Cómo hiciste eso?
- ¿Cómo sabes qué era lo correcto a hacer?
- ¿Cómo decidiste hacer eso?
- ¿Qué ayuda para hacer eso?
- ¿En qué manera fue útil para usted?
- ¿Cómo sabe que puede hacer más de lo mismo?
- ¿Qué sabe que tiene que suceder para que pueda hacer más de lo mismo?

4.4 Preguntar y dar seguimiento a las preguntas de Escala de Avance (apartado 2).

4.5 El terapeuta da cumplidos al cliente(s) en relación con esta sesión (apartado 3).

Mark Beyebach (Salamanca) para Brujas Research Group. 26 de mayo de 2000. MARK mbeyebach@upsa.es

*Traducción y adaptación del Ps. Enrique Chávez Matos (2017)