

# Intervenciones psicoterapéuticas sistémicas: evaluación de resultados en un contexto público

## Systems psychotherapeutic interventions: outcome valuation in public mental health

Blanca CARRION (\*); Manuel DELGADO (\*\*);  
Carlos GONZALEZ (\*\*) y Mercedes HELLIN (\*)

### RESUMEN

*Se define el concepto de intervención psicoterapéutica sistémica. Se describen los contextos de trabajo de los autores, todos ellos Centros de Salud Mental de la Zona Sur de Madrid. Se toma una muestra aleatoria de pacientes de cada uno de los autores, tratados todos ellos mediante intervenciones psicoterapéuticas sistémicas, y con los tratamientos finalizados al menos seis meses atrás. Se efectúa catamnesis telefónica a todos los pacientes de la muestra (salvo los no localizables). Se analizan los resultados a medio plazo, tras el tratamiento, en cuanto a situación del problema (en opinión del demandante) y de la disfunción relacional (en opinión del terapeuta). Se definen y analizan especialmente los casos considerados como fracasos terapéuticos. En la mayoría de los casos hubo mejoría total o parcial del problema y/o de la disfunción observada.*

### SUMMARY

*Systems psychotherapeutic interventions are defined. Authors' working contexts, all of them Mental Health Centers in the Southern Zone of Madrid, are described. Then a randomized sample of patients treated by the authors is drawn; all those patients had been treated with systems psychotherapeutic interventions, and their treatments had been finished six or more months before. Phone follow-up is done for all the patients in the sample (except for the non-available). Middle-term outcome is analyzed, so about the problem's situation (consultant's opinion) as about relational disfunctionality (therapist's opinion). The cases considered as therapeutic failures are defined and specially analyzed. Most of the cases had a partial or total improvement in the problem and/or in the observed disfunctionality.*

### PALABRAS CLAVE

*Terapia sistémica. Evaluación de resultados. Catamnesis. Salud mental en la práctica pública.*

### KEY WORDS

*Systems therapy. Outcome valuation. Follow-up. Public mental health.*

### INTRODUCCION

El presente análisis surge de nuestro interés, como terapeutas jóvenes, por evaluar nuestro trabajo cotidiano.

Hablar de evaluación supone, inexcusablemente, hablar de catamnesis. Pese a ello, en la literatura psiquiátrica es relativamente habitual que se incluyan evaluaciones de resultados al final de los tratamientos, pero la publicación de trabajos con catamnesis a me-

(\*) Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de Getafe (Madrid).

(\*\*) Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de Leganés (Madrid).

**AGRADECIMIENTOS.**— Queremos dar las gracias por su inestimable colaboración a nuestros compañeros, Esther Sánchez Moiso y Concepción Nieto-Sandoval Delgado (sin ellos no habría sido posible este trabajo). Deseamos, asimismo, expresar nuestro agradecimiento a Teresa Suárez, por su gran interés e inefable apoyo.

NOTA.—El presente artículo fue leído en forma de ponencia en las VIII Jornadas de Terapia Familiar (Zaragoza, 1987).

dio o largo plazo acontece con muy escasa frecuencia.

En la todavía exigua literatura sistémica, existen muy pocos ejemplos de evaluación de resultados de grupos de casos no seleccionados (1, 2), hallándose, eso sí, publicaciones sobre casos concretos que, por supuesto, fueron bien (3, 4).

Pensamos que el hecho de que las VIII Jornadas de Terapia Familiar se dediquen al tema de la evaluación, supone un importante paso hacia delante en el desarrollo más puramente científico de la terapia familiar sistémica en nuestro país. De igual modo, ello nos parece una muestra evidente de la puesta al día que los profesionales de este campo han procurado mantener en todo momento.

Antes de entrar en la descripción del método seguido, estimamos importante aclarar qué hemos definido como *intervención psicoterapéutica sistémica*. Para ello creemos conveniente comenzar con una breve "nota sobre jerarquías" (5):

Así, y en atención a aquellas corrientes que mayor desarrollo han tenido, dicotomizaríamos las psicoterapias de orientación sistémica en terapias familiares y otras terapias. De igual modo, dividiríamos las psicoterapias familiares en aquellas de orientación sistémica y otras. Finalmente distinguiríamos, dentro de las intervenciones que habitualmente realizamos en nuestro trabajo, las de carácter psicoterapéutico, por un lado, y por otro, una corta variedad de intervenciones, que incluyen la simple prescripción de psicofármacos, la derivación sin más y la información sobre detalles meramente administrativos; en el caso de que estas últimas intervenciones formen parte de una estrategia que incluya consideraciones sobre el resto del sistema, pasarían, según nuestro criterio, a formar parte de una intervención psicoterapéutica.

Como puede observarse, las distintas dicotomías que acabamos de describir

se hallan entremezcladas en niveles jerárquicos concomitantes.

En resumen, la intervención psicoterapéutica sistémica vendría definida, por un lado, por su propia denominación y, por otro, por sus límites: no incluiría aquellas intervenciones psicoterapéuticas basadas en una orientación teórica distinta de la sistémica, y tampoco la prescripción de psicofármacos, la derivación o la información sobre temas administrativos, salvo que estas acciones formasen parte de una estrategia terapéutica definida.

## MATERIAL Y METODO

Describiremos en este apartado nuestros contextos de trabajo, las muestras analizadas y la encuesta que se empleó para dicho análisis.

Nuestros lugares de trabajo son los Centros de Salud Mental (CSM) de Getafe, Leganés y Móstoles, que forman parte de la red integral de los Servicios de Salud Mental de la Zona Sur de Madrid.

Las tres localidades se hallan en el cinturón industrial de la capital, y en cada una de ellas habita una población de aluvión que oscila entre 150.000 y 200.000 personas.

Los equipos en que desarrollamos nuestro trabajo tienen un carácter interdisciplinario, y se hallan constituidos por profesionales de distintas orientaciones teóricas.

La muestra analizada consta de cuatro muestras parciales (A, B, C, D), cada una de ellas con un número de casos aproximado a la treintena. Las muestras A y B se hallan constituidas por intervenciones psicoterapéuticas sistémicas correspondiendo cada una de ellas a una psicoterapeuta distinta; ambas muestras incluyen casos infantiles y de adultos.

Las muestras C y D se hallan constituidas por casos infanto-juveniles (menores de 18 años), procediendo la C

del CSM de Leganés y la D del CSM de Móstoles.

Cada una de las muestras fue seleccionada de forma que cumpliera los siguientes requisitos:

a) Casos en los que se hubiera realizado una IPS y no otro tipo de intervención.

b) Casos cuya demanda se hubiera realizado al centro en un período de tiempo determinado previamente a la evaluación de los resultados.

c) Casos cuya demanda se hubiera hecho con una antelación a la catamnesis suficiente como para pensar que la mayor parte de ellos habrían sido dados de alta al menos seis meses antes de las fechas en que iban a ser efectuadas las citadas catamnesis (julio-agosto de 1987).

d) El número de casos de cada una de las muestras parciales había de ser superior a 20 e inferior a 40.

Así pues, es importante resaltar que la selección de las muestras no incluía ningún tipo de selección de casos que pudiera distorsionar los resultados en uno u otro sentido de forma preconcebida, sino que simplemente se tomaron, aproximadamente, 30 demandas recibidas y atendidas de forma consecutiva durante un período de tiempo concreto y por un mismo terapeuta, excluyéndose de antemano un pequeño número de demandas recibidas por ese mismo terapeuta, pero en las que, por la razón que fuese, no se hubiera efectuado una IPS.

La encuesta fue diseñada con dos grandes apartados claramente diferenciados y, al mismo tiempo, relacionados. El primero de ellos corresponde a datos extraídos de la historia clínica, tras el alta, mientras que el segundo incluye los datos obtenidos a partir de la catamnesis, mediante los cuales se analizan, "a posteriori", los fracasos. No se tuvo en cuenta la situación del problema en el momento del alta, dado

que un apreciable número de las intervenciones eran de carácter puntual, no esperándose, en tales casos, a la obtención de una mejoría sintomática para dar el alta. Tal proceder no constituye óbice, por supuesto, para analizar, al final del trabajo, los fracasos en relación, entre otras cosas, al tipo de intervención efectuada.

Citada ya la salvedad, pasaremos a describir la encuesta, que comienza con una serie de ítems relativos a la filiación. Por otra parte, incluye una cuestión específica sobre el motivo de la demanda (en opinión del demandante), y otra (orientativa) sobre el diagnóstico según la CIE-9.<sup>a</sup>

Existen, asimismo, ítems relativos a la disfunción observada (según el terapeuta) y al tipo de intervención realizada. En ambos se da la circunstancia de que en diversas encuestas hubo que señalar más de una disfunción existente o más de un tipo de intervención. Obviamente, es difícil señalar una sola disfunción, ya que habitualmente suelen observarse varias que, además, tienden a superponerse y entremezclarse en niveles sistémicos equivalentes o muy próximos (ramificación de niveles de abstracción) (6).

Hay que hacer notar también la inclusión de cuestiones referentes al número de entrevistas realizadas, a la presencia o no de terapeuta supervisor, y al canal de derivación al alta, si lo hubiere.

En relación con la catamnesis hay que reseñar, como datos principales, los siguientes:

a) Las catamnesis fueron realizadas de seis a doce meses después del alta.

b) Todas se hicieron siguiendo exactamente la misma sistemática, según la cual habían de ser efectuadas preferentemente por el terapeuta directo o, en su defecto, y en el menor número de casos posibles, por el terapeuta supervisor. La gran mayoría se realizaron por teléfono, y sólo en contados casos

se hicieron de forma personal, por razones muy concretas (v. "Discusión"). Es importante destacar también que todas se efectuaron con el demandante o, en caso de haber dos o más, con uno de ellos. En las demandas infanto-juveniles, siempre se hizo con alguno de los padres en caso de que hubieran demandado los dos y, si sólo uno de ellos lo había hecho, con aquel que había demandado.

c) La respuesta a ítems como "en qué grado persiste el problema", "en qué grado persiste la disfunción", o "grado de tolerancia actual al problema", procuró en todo momento mantener un compromiso entre la información suministrada por el demandante y la valoración de ella realizada por el terapeuta.

d) Al final de la catamnesis se invitaba al demandante encuestado a efectuar cualquier tipo de comentario que, en su opinión, fuera de interés, y no hubiera tenido cabida en sus respuestas a nuestras preguntas.

## RESULTADOS

Siguiendo el método descrito en el apartado anterior se obtuvo una muestra general de 131 casos. En todos ellos se intentó hacer catamnesis, obteniéndose ésta en un total de 100 (76,3 %). Las razones por las que no se pudo hacer catamnesis se extienden desde aquellos casos en los que fue reiteradamente imposible localizar al demandante (cambio de domicilio, ausencia en horas de consulta, falta de teléfono) hasta aquellos otros que seguían en tratamiento en el momento en que se hicieron las catamnesis, o bien habían sido dados de alta menos de seis meses antes de dicho momento. Efectuaremos un comentario más amplio sobre estos "tratamientos prolongados" (cinco en total) en el apartado de "Discusión".

Los números de casos y catamnesis de cada una de las cuatro muestras

parciales pueden verse en la tabla 1. Analizadas y comparadas entre sí dichas muestras, se comprobó que la única diferencia significativa era la proporción de niños/adultos, por lo cual no ofreceremos resultados diferenciados por muestras parciales, sino por demandas en las que el paciente identificado fuese menor o mayor de 18 años. Como apostilla a la precitada similitud entre las muestras parciales, cabe hacer constar que incluso el porcentaje de fracasos era muy parecido.

TABLA 1

	A	B	C	D	Total
Núm. casos.....	38	31	30	32	131
Núm. catamnesis	25	24	26	25	100

Es importante resaltar, por añadidura, que la proporción niños/adultos (73 % frente a 27 %) que se obtuvo en la muestra general no se corresponde con la proporción (25/75) que dichos grupos de edad presentan en el total de la demanda en nuestros centros: ello se debe, fundamentalmente, a que dos de los terapeutas se ocupaban exclusivamente de la demanda infanto-juvenil. La distribución por edades puede verse en la gráfica 1.

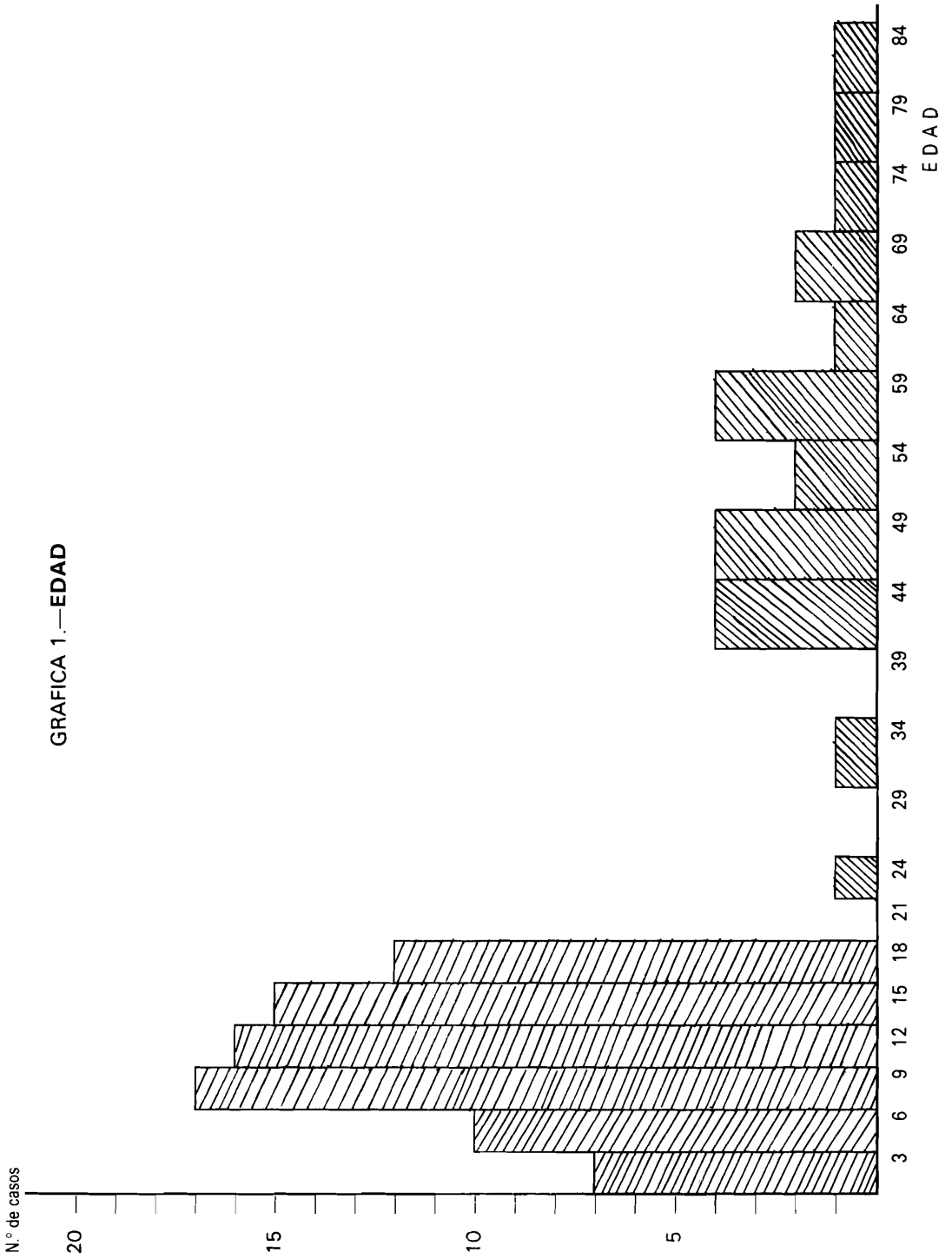
La distribución por sexos (tabla 2) muestra un número claramente superior de varones en los casos infanto-juveniles, y de mujeres en los adultos. Si bien en el total de la demanda las diferencias no son tan marcadas, la tendencia es en el mismo sentido, en ambos casos, de forma significativa (7, 8).

TABLA 2

### Sexo

Sexo	Niños	Adultos	Total
Varones .....	49	4	53
Mujeres .....	24	23	47

GRAFICA 1.—EDAD



La gran mayoría de las familias de los pacientes identificados presentaban fratrías de dos o tres individuos, y sólo en un pequeño número se trataba de hijos únicos o de familias numerosas.

En relación al demandante se aprecia una lógica diferencia entre los grupos infanto-juvenil y de adultos: en el primero de ellos la demanda viene, casi siempre, de la madre, y en algunos casos de ambos progenitores, mientras que la mayor parte de las demandas efectuadas por adultos las hacía el propio paciente identificado.

Respecto al derivante, cabe decir que la mayor parte de los casos vinieron remitidos por el médico general o el pediatra, correspondiendo el resto a pacientes remitidos por especialistas o por la institución escolar. Esta distribución no es una característica intrínseca de la muestra, sino que corresponde al ordenamiento administrativo de la asistencia sanitaria en la zona.

El número de casos que habían tenido tratamientos de salud mental previos puede verse en la tabla 3.

TABLA 3  
TRATAMIENTOS PREVIOS

	Niños	Adultos	Total
SI .....	15	11	26
NO .....	58	16	75

Los motivos de la demanda explícita se hallan expuestos en la tabla 4. En relación a los diagnósticos (según la clasificación CIE-9.<sup>a</sup>) cabe decir que la gran mayoría de los adultos presentaban trastornos neuróticos. En la muestra infanto-juvenil, los diagnósticos más frecuentes eran los trastornos de las emociones peculiares de la niñez y adolescencia, las reacciones de adaptación y la enuresis, por ese orden de frecuencia. No había entre los 100 casos a los que se hizo catamnesis ninguno diagnosticado de psicosis esquizofrénica ni de psicosis peculiar de la niñez.

TABLA 4  
MOTIVO DE DEMANDA EXPLICITA

	Niños	Adultos	Total
Problemas escolares .....	8	0	8
Problemas de comportamiento .....	18	0	18
Problemas de ansiedad y/o depresión .....	10	24	34
Problemas de inhibición y timidez .....	4	0	4
Problemas psicósomáticos .....	3	1	4
Enuresis .....	9	0	9
Encopresis .....	0	0	0
Miedos .....	7	0	7
Tics .....	8	0	8
Conducta extraña .....	2	1	3
Alcoholismo .....	0	0	0
Demandas administrativas .....	0	0	0
Otras .....	4	0	5

Al evaluar las disfunciones identificadas, en opinión del terapeuta, comenzamos por señalar varias en cada uno de los casos (v. "Material y método"). La dispersión que ello originaba impedía un análisis estadístico que pudiese aportar datos significativos, por lo cual se decidió cerrar artificialmente el campo de observación, limitándonos a señalar aquella disfunción que en cada caso se considerase más significativa, tanto de cara al análisis del problema como al abordaje terapéutico (5). Los resultados así obtenidos pueden observarse en la tabla 5.

TABLA 5  
DISFUNCION

Situación de aislamiento .....	24
Estrés extrafamiliar .....	4
Situación de pérdida .....	9
Conflicto conyugal abierto .....	4
Conflicto conyugal cerrado .....	16
Rigidez que impide la evolución vital del sistema .....	17
Coalición disfuncional .....	10
Progenitor descalificado .....	6
Otras .....	6
Sin disfunción .....	5

Antes de realizar el análisis de los distintos tipos de intervención efectuados, queremos resaltar que, en opinión de no pocos autores (9, 10, 11) y asimismo en la nuestra propia, la intervención psicoterapéutica no puede considerarse limitada a la conclusión de la entrevista, sino que dicha conclusión se fundamenta en todo el trabajo realizado a lo largo de la conducción. Incluso en aquellos casos en que no se da ninguna conclusión explícita, sino que simplemente se fija una nueva cita al finalizar, el contexto creado a través de la conducción conlleva una importante redefinición del problema y de la demanda, hecho que en sí puede tener un valor terapéutico. Los datos sobre tipos de intervención pueden verse en la tabla 6. Cabe comentar que la redefinición del problema se hizo en la práctica totalidad de los casos, pero sólo se señaló en aquellos en que era la única intervención realizada.

TABLA 6  
TIPO DE INTERVENCION

A) Prescripción del síntoma .....	13
B) Prescripción ritual .....	1
C) Otras prescripciones paradójicas.	4
D) Prescripción invariable .....	0
E) Redefinición del problema .....	61
F) Orientación y derivación .....	4
A + B .....	3
A + C .....	3
A + G .....	1
E + F .....	7
G) Otra .....	3

El número de entrevistas realizadas fue de 1 ó 2 en la mayor parte de los casos (tabla 7).

TABLA 7  
NUMERO DE ENTREVISTAS

1) .....	52
2) .....	37
3) .....	6
4) .....	4
5) .....	0
6) .....	1

Al alta, el 77 % de los casos fueron remitidos simplemente a su domicilio, siendo el resto derivados a los médicos de cabecera y, en algún caso, a Servicios Sociales o Psicopedagógicos.

Se trabajó con terapeuta supervisor en 44 casos, del total de 100 en que se pudo hacer catamnesis. Los 44 correspondían a pacientes identificados menores de 18 años.

Por último, exponemos los resultados de los ítems correspondientes a la catamnesis.

El primero de ellos se refiere al grado de persistencia del problema, en opinión del demandante, y los resultados obtenidos pueden verse en la tabla 8.

TABLA 8  
GRADO DE PERSISTENCIA  
DEL PROBLEMA

Ha desaparecido total o casi totalmente .....	54
Cierta mejoría .....	26
Igual .....	19
Peor .....	1

La percepción del terapeuta, a partir de los datos sobre el funcionamiento del sistema obtenidos en el momento de la catamnesis, viene expresada en la tabla 9, que versa sobre el grado de persistencia de la disfunción.

TABLA 9  
GRADO DE PERSISTENCIA  
DE LA DISFUNCION

Ha disminuido .....	71
Persiste .....	24
Ha aumentado .....	1
No había disfunción .....	4

Es importante resaltar que en un 93 % de los casos se correlacionan entre sí la mejoría o desaparición del problema con la disminución de la disfunción, la persistencia del problema con el mantenimiento de la disfunción, y el

empeoramiento con el aumento de la disfunción.

La tabla 10 muestra los resultados relativos a la apreciación del grado de tolerancia al problema por el que se consultó (en caso de que éste persistiera total o parcialmente en el momento de la catamnesis), por parte del demandante.

TABLA 10

**GRADO DE TOLERANCIA ACTUAL AL PROBLEMA (si persiste)**

Igual .....	17
Mayor .....	37
Peor .....	1

Para finalizar, añadiremos que en cuatro ocasiones se había producido una nueva demanda, en algún momento tras el alta, a los mismos servicios; en nueve casos, la nueva demanda se había hecho a otros servicios o a terapeutas privados, y en seis ocasiones se había producido una demanda con otro miembro del sistema como paciente identificado.

## DISCUSION

### 1. Del método

Como ya se comentaba en la introducción del presente trabajo, considerábamos imprescindible, desde un principio, la realización de catamnesis a medio plazo en un estudio de estas características. Ello a pesar de que la idea de tener que realizar las susodichas catamnesis nos inspiraba no pocos recelos y —por qué no decirlo— incluso temores. Creemos importante resaltar que nuestros temores (tales como la inducción de nuevas demandas, o la protesta de los encuestados porque les molestásemos después de tantos meses) no se confirmaron en absoluto, dado que no hubo ni una sola demanda

posterior a nuestras catamnesis (ni siquiera uno o dos meses después de hacerlas) e, incluso, los encuestados solían agradecernos al final de la conversación telefónica nuestro interés por preocuparnos todavía de sus problemas. Concluimos, por tanto, que hacer catamnesis no es peligroso.

¿Por qué un intervalo de 6-12 meses entre el alta y la catamnesis? Entendemos que, de haber elegido un lapso temporal menor, no habría sido suficiente para asegurarse de que los cambios producidos se mantenían, mientras que un plazo superior a un año implica una gran probabilidad de que se produzcan sucesos múltiples, diversos, y ajenos a la terapia que puedan influir sobre el sistema en el que se realizó la intervención (12, 13).

En páginas anteriores se hizo mención a un escaso número de catamnesis personales (y no telefónicas, como el resto). Dicha cifra se limita a cuatro, del total de cien. Tres de ellas se hicieron con el demandante, que en aquel momento estaba acudiendo a consulta por otro problema definido por él mismo como distinto y en el cual se autoconsideraba paciente identificado (habiendo demandado, en el caso del que se hacía catamnesis, por un vástago), hecho que en los tres casos resultaba, aparentemente, un acercamiento al nudo del problema. La cuarta corresponde a un contacto casual del terapeuta directo con la madre del niño por el que se había consultado.

### 2. Del contexto de la demanda

Parte de los datos de nuestra encuesta se refieren, como ya se ha dicho, al contexto de la demanda. Consideramos de gran importancia hacer una referencia de cierta amplitud sobre dicho contexto (14) de cara a contar con datos que nos ayuden a obtener una interpretación más completa de los resultados del estudio.



Al igual que sucede en gran cantidad de análisis de datos asistenciales (7, 8), la distribución por sexos resulta inversa si se comparan los casos infanto-juveniles con los de adultos, siendo mayor el número de varones en los primeros y de mujeres en los segundos. Pensamos que ello es un dato de consistencia de la muestra. Por otra parte, cabe mencionar que esta es una de las razones que nos han decidido a diferenciar, en muchas de las tablas que presentamos, entre población infanto-juvenil y adulta.

Los motivos de la demanda se corresponden, en la mayor parte de los casos, con lo que clásicamente se ha venido entendiendo como patología "leve" o "psiquiatría menor". Sin embargo, en los últimos años vienen siendo publicados diversos trabajos según los cuales dichas patologías "leves" corren un importante riesgo de cronificación (7, 15), mientras que otras, consideradas como "graves", no se cronifican tanto como clásicamente se pensaba (16).

El diseño del trabajo, condicionado por sus objetivos, no nos aporta datos suficientes como para discernir si existe o no alguna correlación entre el motivo de la demanda y la principal disfunción observada. Ello no obsta para que consideremos que la búsqueda de correlaciones en dicho sentido reviste un gran interés, por lo cual podría ser objeto de un estudio futuro por nuestra parte, con una muestra mayor y una encuesta diferente.

### 3. Del contexto de la intervención

Tanto el riesgo de cronificación en adultos (al cual nos hemos referido anteriormente), como la evitación de posibles designaciones en niños y, por supuesto, el propio modelo de trabajo, condicionan la tendencia a realizar, en cada caso, un pequeño número de sesiones (tabla 7) largas e intensas.

En la mayor parte de los casos infanto-juveniles se hizo una intervención

sobre la familia nuclear, en la mayor parte de los casos de adultos, sobre la pareja, y en algunos casos se realizó intervención individual, bien sobre el paciente designado (en ambos grupos de edades), bien sobre el demandante (sólo en casos infanto-juveniles). Queremos resaltar, como ya se apuntaba al principio, el hecho de que no equiparamos IPS con terapia familiar.

Sobre la circunstancia de que en un importante número de casos la intervención se limitase a una simple redefinición del problema, cabe decir que, en nuestra opinión, ello tiene que ver con el alto número de demandas por problemas relativamente "leves" que contiene la muestra. Habitualmente, al intervenir sobre tales problemas suele hipotetizarse que el sistema será poco rígido y no hará necesaria, para la consecución de cambios, la instrumentación de estrategias terapéuticas más complejas, destinadas a conseguir que dicho sistema integre en su funcionamiento la redefinición efectuada.

### 4. De la catamnesis

La encuesta de catamnesis (tablas 8, 9 y 10) nos da pie para definir lo que en este trabajo hemos entendido como *fracaso terapéutico*, que se produciría en todos aquellos casos en los que el problema persiste o ha empeorado (salvo que, de forma concomitante, la disfunción haya disminuido, lo cual sólo sucede en dos casos), y en todos aquellos otros en los que la disfunción persiste o ha aumentado (salvo en cinco casos, en los que el problema había mejorado total o parcialmente, aún persistiendo la disfunción, que en ningún momento había sido intensa).

No tomamos en cuenta, de cara a la definición de fracaso, el grado de tolerancia al problema en el momento de la catamnesis, pues a menudo un aumento de tolerancia se corresponde con cronificación y no con mejoría de la disfunción (17).

A partir de la anterior definición se contabilizan en la muestra 18 fracasos, de un total de 100 casos con catamnesis. Lamentamos el bajo índice de fracasos, dado que ello podría, comprensiblemente, inducir dudas sobre la fiabilidad de los resultados. Creemos, aún así, que dicho índice puede "disculparse" de algún modo si se tiene en cuenta la insoportable levedad de un importante número de los problemas por los que se consultaba.

Una razón más para lamentar el bajo número de fracasos es el hecho de que, mientras en los éxitos suele ser difícil discernir qué participación ha tenido la intervención terapéutica, dentro de los múltiples condicionantes posibles de una mejoría, en los fracasos, sin embargo, puede analizarse con mayor facilidad qué papel ha podido representar la intervención del terapeuta, de cara al mantenimiento del problema y/o de la disfunción, lo cual nos proporciona mucha más información para aprender a mejorar nuestra labor.

Finalmente, y tras analizar con detenimiento los 18 fracasos, pensamos que podrían agruparse en los siguientes apartados:

— En ocho casos el terapeuta decidió no hacer una intervención a fondo, basándose, por un lado, en la banalidad del problema por el que se consultaba y, por otro, en circunstancias diversas, tales como la existencia de datos reales o mitos muy arraigados que dificultasen grandemente la obtención de cambios, o bien la identificación de una clara falta de motivación por parte del sujeto (o los sujetos) de la demanda. Mencionaremos, como ejemplos de este grupo, el caso de un niño que enfatizaba mucho la primera sílaba, al hablar, o el de una niña cuyos padres, sabiendo que la pequeña tenía una espina bífida, estaban convencidos de que sería enurética hasta los 14 años.

— En tres casos se observó una inadecuación entre la disfunción apreciada

y la intervención efectuada. Citaremos como ejemplo el caso del hijo de un psicótico, en el que, tras dos entrevistas, no se consiguió crear el contexto adecuado para efectuar una intervención sobre la conducta presentada por el padre.

— En tres casos, todos ellos correspondientes a adultos, la larga evolución de sus problemáticas, a las cuales se había dado sistemáticamente una respuesta farmacológica (que también sistemáticamente fracasaba), condicionaba una práctica imposibilidad de abordaje psicoterapéutico (no sólo sistémico, sino también de cualquier otra orientación) (18).

— En dos casos, se apreció la existencia de una importante disfunción en un contexto de muy difícil acceso para el terapeuta (escuela y servicios sociales, respectivamente).

— En un caso, se interrumpió la terapia al declarar los demandantes que habían consultado simultáneamente a otro terapeuta, explicándoles la contraindicación de efectuar tratamientos simultáneos.

— Por último, hubo un abandono, tras dos entrevistas. Los demandantes decidieron recurrir a un terapeuta individual para la hija y, más tarde, otro para la madre.

## 5. De los "tratamientos prolongados"

Como ya se comentó en otro apartado, en un pequeño número de casos no se hizo catamnesis porque los tratamientos se habían prolongado durante bastantes meses (o incluso más de un año), lo cual daba lugar a que alguno de ellos aún permaneciese en tratamiento en el momento de hacer las catamnesis, mientras que el resto habían sido dados de alta poco tiempo antes de realizarlas, por lo cual no se cumplía la condición de que hubieran pasado seis meses. Creemos muy interesante,

de cara al análisis y la discusión de los resultados, incluir aquí un pequeño comentario sobre tales "tratamientos prolongados":

— Uno de ellos era un caso de psicosis esquizofrénica. Aún sigue en tratamiento.

— Otro caso era el de una adolescente que llevaba más de seis años presentando vómitos intensos de forma intermitente. Tras varios meses de accidentado tratamiento familiar, se les dio el alta, declarando los terapeutas su impotencia.

— Otro consistía en una reacción paranoide, presentada por un varón de 50 años. Se le dio de alta, tras nueve meses de tratamiento, por presentar una gran mejoría.

— Un cuarto caso era el de una paciente de 50 años con síntomas depresivos y dudosa organicidad. Se la dio de alta por gran mejoría.

— Por último, el quinto caso correspondía a un adolescente con problemas de conducta, cuyo tratamiento se ha prolongado bastante por patología somática del padre, que obliga a efectuar aplazamientos. Permanece en tratamiento.

## CONCLUSIONES

- En la literatura de orientación sistémica existen todavía pocos ejemplos de evaluación de resultados.

Toda evaluación de resultados terapéuticos exige realizar catamnesis. Además, es importante obtener datos del contexto de la demanda para contar con mayor información a la hora de analizar los resultados de los tratamientos.

- Se define el concepto de *intervención psicoterapéutica sistémica*, no equiparable al de terapia familiar.

La mayor parte de las IPS integradas en el presente estudio se realizaron mediante un pequeño número de entrevistas largas e intensas.

- Se obtuvo una muestra que consta de 131 casos no seleccionados, de los cuales se pudo hacer catamnesis en un total de 100.

Las catamnesis no dieron lugar a nuevas demandas: en este sentido, no parece peligroso hacer catamnesis.

- En la mayor parte de los casos hubo mejoría total o parcial del problema y/o de la disfunción observada. La mayoría de los problemas tratados podían considerarse como relativamente leves.

- Se definen y analizan con detalle los fracasos (18 %) y los tratamientos prolongados.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) SCHWARTZ, R.; PERROTTA, P.: "Non vendiamo interventi prima del tempo". *Ecologia della mente*, número 1, Roma, Giugno-1986.
- (2) DE SHAZER, S.: "Brief therapy: focused solution development". *Family Process*, 25: 207-222, 1986.
- (3) AUERSWALD, E. H.: "Thinking about thinking in family therapy". *Family Process*, vol. 24, págs. 1-12, march, 1985.
- (4) CANCRINI, L.: "Dell'utilità dell'errore. La supervisione come intervento sul sistema terapeutico". *Ecologia della mente*, núm. 1, págs. 55-77; Roma, Giugno-1986.
- (5) BATESON, G.: *Steps to an ecology of mind*. Ballantine Books, New York, 1972.
- (6) BERTALANFFY, L. V.: *General System Theory. Foundation, development, applications*. New York, 1968.
- (7) ESPINOSA, E. et al.: *Cronicidad en Psiquiatría*. Madrid, 1986.
- (8) Resúmenes de actividades en 1986 de los Centros de Salud Mental de Getafe, Leganés y Móstoles.
- (9) HALEY, J.; HOFFMAN, L.: *Techniques of family therapy*. New York, 1967.
- (10) SUÁREZ, T.; ROJERO, C. F.: "Marca de contexto y conclusión de la primera entrevista de familia". *Rev. de la AEN*, núm. 11, págs. 363-372, septiembre-diciembre, 1984.
- (11) SUÁREZ, T.; ROJERO, C. F.; VAZQUEZ, P.: "La entrevista sistémica: de la conducción a la conclusión". *Rev. de Psicoterapia y Psicopatología*. N. época, núm. 7, págs. 63-81, julio-dic., 1983.
- (12) SELVINI, M.; PRATA, G.: "Pourquoi un long intervalle entre les seances?". *VI Simp. Internacional sobre psicoterapia de la esquizofrenia*. Lausanne, 1978.
- (13) SELVINI, M.: *Cronaca di una ricerca*. Roma, 1985.
- (14) ALONSO, L.; DELGADO, M.; FERNÁNDEZ, D.; GONZÁLEZ, C.: "Evaluación de la demanda psicopedagógica y de Salud Mental Infanto-Juvenil desde un punto de vista relacional". *Psiquiatría Pública*, vol. 1, núm. 1, págs. 3-12, mayo-agosto, 1987.
- (15) SCHNEIDER, P. B. et al.: "Le malade chronique en psychiatrie ambulatoire". *Archives Suisses Neurol., Neuroch., et de Psychiatrie*, 110, páginas 151-168, 1972.
- (16) HARDING, C. M. et al.: "Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact?". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 38, núm. 5, páginas 477-486, may, 1987.
- (17) JACKSON, D. D.: "The question of family homeostasis". *Psychiatry Quarterly*, suppl. núm. 31, págs. 79-90, 1957
- (18) COVINI, A. et al.: *Alla conquista del territorio*. Roma, 1984.