

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES EN
CONTEXTOS CLÍNICOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Autor:

Jorge Pastor Ruiz de la Fuente

Directores Académicos:

Lilisbeth Perestelo Pérez

Juan Manuel Bethencourt Pérez

Trabajo de Fin de Máster en Psicología General Sanitaria

Escuela de Doctorado y Estudios de Posgrado

Universidad de La Laguna 2022/2023

Índice

Índice de contenidos

Resumen.....	5
Abstract.....	6
1. Introducción.....	7
1.1 Objetivos.....	13
2. Método.....	14
2.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	14
2.2 Criterios de selección.....	15
2.3 Proceso de selección.....	15
2.4 Evaluación del riesgo de sesgo.....	16
2.5 Método de análisis y síntesis de la información.....	16
3. Resultados.....	17
3.1 Selección de Revisiones Sistemáticas.....	17
3.1.1 Características de las RS incluidas.....	18
3.1.2 Calidad metodológica de las RS.....	20
3.1.3 Descripción de los resultados obtenidos en las RS.....	21
3.2 Selección de estudios controlados Aleatorizados.....	22
3.2.1 Características de los ECAs.....	24
3.2.2 Calidad metodológica de los ECAs.....	28
3.2.3 Descripción de los resultados obtenidos en los ECAs.....	29
3.3 Nuevos ECAs que complementan las RSs.....	31
3.4 Síntesis narrativa de la RC de Zhang et al. (2018) y los nuevos estudios que la complementan.....	33

4. Discusión.....	46
4.1 Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	49
5. Conclusiones.....	50
6. Referencias.....	52
7. Apéndice A.....	57
8. Apéndice B.....	82
9. Apéndice C.....	86

Índice de tablas y figuras

Figura 1. <i>Diagrama de flujo prisma</i>	18
Figura 2. <i>Diagrama de flujo PRISMA para selección de estudios</i>	23
Tabla 1. <i>Descripción de las revisiones sistemáticas que superaron los criterios de selección</i>	19
Tabla 2. <i>Puntuación de las RSs en cada ítem de la evaluación crítica AMSTAR-2</i>	20
Tabla 3. <i>Descripción de los estudios controlados aleatorizados incluidos</i>	25
Tabla 4. <i>Evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados con la herramienta JBI</i>	28
Tabla 5. <i>Afecciones psicológicas halladas en los estudios</i>	30
Tabla 6. <i>Estudios que complementan a las revisiones encontradas</i>	32
Tabla 7. <i>Contexto y medidas de resultado de los estudios pertenecientes a la RS de Zhang et al. (2018)</i>	34

Tabla 8. <i>Contexto y medidas de resultado de los estudios encontrados que complementan RS de Zhang et al. (2018)</i>	38
Tabla 9. <i>Contexto y medidas de resultado de los estudios encontrados que complementan y que componen la RS de Zhang et al. (2018)</i>	39
Tabla 10. <i>Número de estudios que contienen los diferentes contextos médicos hallados en la RS de Zhang et al. (2018) junto con los ECAs encontrados en esta revisión, que la complementan, en los que se emplea TBCS</i>	42
Tabla 11. <i>Afecciones psicológicas en los ECAs encontrados añadiendo los estudios de Zhang et al. (2018) cuyos niveles se han reducido tras aplicar TBCS</i>	43
Tabla 12. <i>Afecciones psicológicas de la RS de Zhang que han sido complementadas por los estudios encontrados</i>	45

Resumen

Antecedentes: La terapia breve centrada en soluciones ha recopilado un creciente número de investigaciones dentro de la literatura científica en las últimas décadas, siendo su capacidad para generar cambios en pocas sesiones y su flexibilidad a la hora de llevar a cabo la psicoterapia sus características más destacables.

Objetivos: Conocer la efectividad, ante cualquier tipo de afección psicológica, de la Terapia Breve Centrada en Soluciones en los diferentes contextos clínicos y médicos.

Método: Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas y de artículos controlados aleatorizados, en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, PSYCINFO y CINAHL, publicados entre los años 2012 y 2022. Estos hallazgos pasaron un criterio de selección basados en las herramientas AMSTAR-2 (para revisiones sistemáticas) y la Evaluación Crítica JBI (para estudios controlados).

Resultados: Se encontraron 8 revisiones sistemáticas y 6 estudios controlados aleatorizados que aprobaron los criterios de selección. Se encontró evidencia de la eficacia de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, tanto en diferentes afecciones psicológicas, siendo especialmente eficaz en ansiedad, depresión y angustia, como en la variabilidad de los grupos de edad (infancia, adolescencia, adultos y vejez), así como en diferentes contextos médicos y clínicos, especialmente en clínicas de obesidad, pediatría y oncología

Conclusiones: A pesar de la necesidad de continuar investigando sobre la Terapia Centrada en Soluciones, se considera este tipo de intervención eficaz para implementar en contextos clínicos y médicos que podría llegar a ser de gran utilidad en el futuro.

Palabras clave: *terapia breve centrada en soluciones, contexto médico, terapia psicológica, problema psicológico.*

Abstract

Background: Solution Focused Brief Therapy has compiled an increasing number of researches within the scientific literature in the last decades, being its capacity to generate changes in few sessions and its flexibility when carrying out psychotherapy its most outstanding characteristics.

Objectives: To determine the effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy in different clinical and medical contexts for any type of psychological condition.

Methods: A search of systematic reviews and randomized controlled articles was carried out in the MEDLINE, EMBASE, PSYCINFO and CINAHL databases, published between 2012 and 2022. These findings passed a selection criterion based on the AMSTAR-2 (for systematic reviews) and the JBI Christic Assessment (for controlled studies) tools.

Results: We found 8 systematic reviews and 6 randomized controlled studies that passed the selection criteria. We found evidence of the efficacy of Solution Focused Brief Therapy, both in different psychological conditions, being especially effective in anxiety, depression and distress, and in variability of age groups (childhood, adolescence, adults and old age), as well as in different medical and clinical contexts, especially in obesity, pediatric and oncology clinics

Conclusions: Despite the need for further research on Solution Focused Therapy, this type of intervention is considered effective to implement with clinical and medical contexts that could become very useful in the future.

Key words: brief solution-focused therapy, medical context, psychological therapy, psychological problem.

1. Introducción

La terapia breve centrada en soluciones (a partir de ahora, TBCS) ha recopilado un creciente número de investigaciones, dentro de la literatura científica, en las últimas décadas (Franklin, 2015, Gingerich y Peterson 2013). Los procesos de cambio de la TBCS, se basaron originalmente en los enfoques constructivistas de la comunicación y las teorías de interacción social (de Shazer, 1991) y, con el paso del tiempo, la TBCS se ha asociado con las teorías del construccionismo social y las visiones filosóficas y estructurales del lenguaje, como la teoría de Wittgenstein: juegos del lenguaje (Bavelas y cols., 2014).

Los orígenes de esta intervención breve centrada en soluciones residen en la Terapia Breve Estratégica. En el año 1958, en Palo Alto (California), John Weakland y John Haley fundaron el Mental Research Institute (MRI), con el objetivo de estudiar la comunicación humana y la influencia del contexto interpersonal sobre la psicopatología. Convencidos de que la terapia se podía acortar, empezaron un proyecto de terapia breve, del que nació la Terapia Breve Estratégica (TBE) tal y como la conocemos hoy en día. Este centro, liderado por Dick Fisch, concluyó que una terapia podría durar diez sesiones y generar cambios duraderos en las personas. Una de las directrices del trabajo del MRI, era el de resolver problemas sin la necesidad de provocar el insight en las personas. Estos esfuerzos por establecer métodos específicos para promover el cambio, los convirtieron en pioneros en el ámbito de la psicoterapia. De esta forma, la TBE sirvió, aunque su estilo de terapia se considere “*centrado en el problema*” como modelo en la que se basaron muchas terapias posteriores, entre ellas la Terapia Breve Centrada en Soluciones (Beyebach, 2022).

Como acuñaba De Shazer (1994), considerado el padre de la TBCS, este tipo de intervención está centrada en las fortalezas de las personas y cómo se pueden aplicar al proceso de cambio. Uno de sus principales supuestos, es que las personas poseen recursos necesarios para resolver sus propios problemas, centrando la atención, no en la historia-problema, sino orientada a un futuro alternativo sin ese problema. El objetivo de la intervención es visualizar cómo les gustaría que fueran sus vidas, identificar los momentos en los que la solución ya se ha dado y descubrir qué se necesita para que la solución siga ocurriendo en el futuro.

Centrada en las teorías del constructivismo social y la psicología positiva, la TBCS pone su atención en un enfoque basado en las fortalezas de las personas, que gira en torno a los recursos de ellas, así como la verbalización de un futuro idóneo para no generar una narrativa centrada en las historias-problemas que sobrecargan a los usuarios y usuarias (Kim y Franklin, 2015; Sotavento, 2013).

Según Hudson y Weiner (1990), las premisas de la TBCS serían: a) Las personas tienen recursos y fuerzas para resolver sus problemas. B) El cambio es constante. C) No es necesario conocer la causa del problema o la función de una queja para resolverla. D) Solo es necesario un cambio pequeño en la parte del sistema para producir un cambio en otra parte del sistema. E) Son las personas quienes definen sus propios objetivos. F) El cambio y la resolución de problemas pueden ser rápidos. G) No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse bien a los hechos. H) Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, no en lo que es imposible e intratable.

En un libro publicado recientemente de Beyebach (2022), la TBCS se puede definir como un conjunto de procedimientos y técnicas de intervención que pretenden ayudar a los

consultantes, individuos, parejas, familias o grupos, a movilizar recursos para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible, abordando el contexto interpersonal de los problemas y sus soluciones desde una posición de colaboración activa con los usuarios. Desde un punto de vista técnico y práctico la TBCS aporta numerosas herramientas de intervención: 1) la Pregunta Milagro y diversas formas análogas de proyección al futuro, son un recurso muy útil para fomentar la esperanza de los consultantes y su confianza en que puedan llegar a tener una vida mejor. 2) los Cambios Pretratamiento y el trabajo con las Excepciones les ayuda a reconstruir su autoeficacia y con locus de control más interno. Este proceso contribuye al reempoderamiento de las personas y al establecimiento de la esperanza vital. 3) el empleo de Preguntas Escala construye un cambio de una forma gradual permitiendo tener feedback sobre el proceso de terapia e identificar pequeñas metas intermedias, cercanas y alcanzables, aumentando la motivación.

En vez de centrarse en las causas de los problemas, los profesionales formados en TBCS se centran en los éxitos pasados (excepciones) y en las soluciones de lo que un/a paciente puede hacer para resolver un problema futuro (Berg, 1994; De Shazer, 1994).

Los investigadores han destacado que las técnicas basadas en preguntas (por ejemplo, pregunta milagro, de escala y de excepción) son un medio importante para promover cambios en las personas (Beyebach, 2014) y que aumentan las expectativas positivas y las emociones positivas, asociadas a cambios (Kim y Franklin, 2015).

Tomando una perspectiva de ir siempre “por detrás” de la persona y con una mirada de curiosidad y de respeto, los profesionales que utilizan TBCS trabajan en colaboración, desde la co-construcción, para buscar las soluciones adecuadas a los problemas de las personas, basándose en las percepciones sobre sus éxitos pasados (Flatt y Curtis, 2013).

Por lo tanto, la TBCS no solo ofrece una perspectiva alternativa a las escuelas de psicoterapia de diagnóstico, que utilizan un modelo médico de psicoterapia, sino que también sigue siendo eficaz en usuarios/as que muestran resistencia a la terapia psicológica (Burns, 2016) y en grupos de diferentes índoles raciales y étnicas (Kim, 2014).

Una de las características más destacables de la TBCS es su capacidad para generar cambios en pocas sesiones y su flexibilidad a la hora de llevar a cabo la psicoterapia. Este hecho ha atraído a muchas personas del sector clínico para su uso en diferentes contextos. El Manual de Tratamiento de la TBCS por la Asociación de Terapia breve Centrada en Soluciones (SFBTA, 2013), define los objetivos y principios de esta terapia y ofrece un conjunto de técnicas para facilitar el proceso de cambio (Franklin y cols., 2012). Este manual ofrece pautas paso a paso para fomentar la flexibilidad de los profesionales que pretenden incorporar los principios y técnicas de la TBCS para satisfacer mejor las necesidades únicas de cada persona, llegando a generar un posible cambio terapéutico positivo en 3 o 4 sesiones (Cape y cols., 2010) por lo que es idea para contextos clínicos y médicos.

Revisiones publicadas como, por ejemplo, los trabajos de Bond (2013), Kim (2008) y Franklin (2009), concluyen que la TBCS es más efectiva en entornos que trabajan con etiquetas diagnósticas de salud mental y en entornos médicos, mostrando una mejoría estadísticamente significativa en comparación a ningún tratamiento o en tratamientos alternativos en las áreas de comunicación médico-paciente (Smith y Kirkpatrick, 2013). Incluso la evidencia muestra que la TBCS puede llegar a ser más efectiva que la propia medicación (MCCollum, 2012).

La saturación médica, las listas de espera y el poco tiempo para poder intervenir con los pacientes genera un gran desafío para los contextos de atención primaria y sanidad pública, generando una necesidad de buscar intervenciones alternativas que coincidan con estas limitaciones físicas y de tiempo (Nieuwsma y cols., 2012; Olfson y cols., 2014). Por lo tanto urge la necesidad de encontrar un modelo de intervención en salud que demuestren su efectividad y al mismo tiempo incorporen una brevedad pertinente que se ajuste a la difícil situación sanitaria y poder satisfacer las capacidades físicas y temporales del paciente (Cunningham, 2009; Olfson y cols., 2013).

A pesar de que la terapia centrada en soluciones tiene muchas compatibilidades con el trabajo social (De Jong y Berg, 2001), los servicios sociales y de protección infantil (Berg, 1994) y el entorno escolar (Durrant, 1995), promocionando una perspectiva de fortalezas y la colaboración con la persona, en este trabajo se pretende dar utilidad a la TBCS como herramienta de terapia psicológica ofrecida por aquellos profesionales responsables de la mente y del comportamiento humano (i.e., profesionales de la psicología)

El punto de inflexión en cuanto a estudios sobre TBCS lo marca Gingerich y Eisengart (2000) al realizar una revisión sistemática en la que se incluyen 15 estudios de calidad, de los que cinco son estudios controlados, con una tendencia positiva a favor de la TBCS. A partir de entonces, se han realizado numerosos estudios que permiten a la comunidad científica desarrollar nuevas vías de investigación sobre la TBCS. Posteriormente, el primer metaanálisis centrado en una revisión de TBCS, fue realizada por Stams, Dekovic, Buist y de Vries (2006), en el que se incluyeron 21 estudios con un total de 1421 participantes. Los resultados del metanálisis muestran un tamaño del efecto general de pequeño a mediano ($d^2 = .37$), con efectos algo mayores en estudios más recientes y en estudios de problemas de conducta frente a estudios relacionados con problemas de pareja o psiquiátricos. Aunque encontraron que los efectos de TBCS no eran mayores que otros

enfoques, encontraron que los resultados de TBCS ocurrieron antes que con otros enfoques. Los 21 estudios de esta revisión incluyeron algunos estudios no experimentales, mientras que se excluyeron otros estudios controlados disponibles en ese momento, lo que compromete la validez de sus conclusiones.

Una segunda revisión metaanalítica, realizada por Kim (2008), incluyó 22 estudios de TBCS con 1349 participantes. Este metanálisis muestra un tamaño medio del efecto de 0,11 para los resultados de comportamiento de externalización, 0,26 para comportamientos de internalización y 0,26 para resultados familiares y de relaciones. Solo el tamaño del efecto para la internalización de los problemas de comportamiento alcanzó significación estadística. Esta revisión incluyó varios estudios no experimentales y estudios en los que se usó TBCS como una intervención organizacional o una intervención indirecta, como la crianza de los hijos o el entrenamiento. Aunque el análisis de los resultados de internalización y externalización es útil, la exclusión de estudios porque no se pudo calcular el tamaño del efecto y la inclusión de otros estudios no experimentales limita su valor como una evaluación integral de los estudios controlados de resultados de TBCS.

No obstante, la investigación general centrada en la terapia centrada en soluciones se ha desarrollado lentamente. Existen varias razones que explican el progreso de la investigación relacionada con la TBCS (Berg y De Jong, 1996): (1) La visión centrada en soluciones comienza la intervención en su evaluación. La mayoría de investigaciones se centran en buscar la naturaleza del problema, por lo tanto, un enfoque centrado en la evaluación del problema generará un menor valor a la orientación de fortalezas de la TBCS. (2) Su enfoque breve puede resultar una dificultad. Una de las principales críticas a la TBCS es que la “aparente” solución del problema en pocas sesiones de intervención puede erradicar la superficialidad del problema y no el problema basal. (3) Su flexibilidad.

Según los principios construccionistas en los que se basa la TBCS, no existe un número determinado de sesiones por las cuales una persona tenga que asistir, la persona elige por su propia voluntad cuánto tiempo tiene que seguir asistiendo.

La principal explicación de la falta de investigación tiene que ver con los orígenes constructivistas de la TBCS. Al construir el conocimiento sobre la realidad, a través de las interacciones sociales, por medio del lenguaje y establecimiento de diálogos, sin tener en cuenta una duración y una temporalidad, hace que encaje de una forma menos observable y dificulta su medición (de Shazer, 1994).

1.1 Objetivos

Tradicionalmente, el empleo de la TBCS ha sido muy utilizada en ámbitos educativos, escolares y en contextos relacionados con el trabajo social. Sin embargo, un número creciente de estudios y la popularidad alcanzada en la última década hacia este tipo de intervenciones ha puesto en jaque a otras psicoterapias más comunes utilizadas en ámbitos clínicos.

El objetivo principal de esta revisión sistemática es conocer la efectividad de la TBCS en contextos clínicos asociados a problemas psicológicos, en diferentes tipos de población a través del análisis de la evidencia registrada en los últimos años. Como objetivos específicos planteados serían los siguientes:

- I. Conocer el tipo de contexto en el que es útil y eficaz el empleo de la TBCS.

- II. Describir el tipo o los tipos de población en los cuáles la TBCS resulta eficaz.

III. Comprobar el grado en el que la TBCS es eficaz ante un tipo de afección, problema o trastorno psicológico.

La hipótesis planteada inicialmente, es que se encontrarán resultados que avalen la TBCS como un tipo de intervención eficaz en contextos clínicos para reducir la afección psicológica en varios problemas y/o trastornos.

2. Método

La presente revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo las directrices y normativas establecidas por la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Se elaboró un protocolo de revisión para determinar la pregunta PICO, los objetivos de la revisión, las palabras clave, los criterios de inclusión y exclusión de los estudios.

2.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica

Inicialmente se consultó la base de datos PUBMED para comprobar la existencia de alguna Revisión Sistemática (a partir de ahora RS) y de Estudios Controlados Aleatorizados (a partir de ahora ECA). Esta búsqueda se realizó de forma preliminar para comprobar el estado de la investigación planteada.

Finalmente, las principales bases de datos consultadas, en una búsqueda sistemática realizada el 18.05.2022 fueron: MEDLINE, EMBASE, PSYCINFO y CINAHL (ver Apéndice 1).

Las palabras clave y términos medical Subjects headings (MeSH) empleados fueron seleccionados recurriendo a Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): *solution*

focused therapy, solution focused brief therapy, brief psychotherapies, brief therapy, anxiety, anxiety disorders, psychological distress.

Los operadores booleanos utilizados fueron principalmente: *OR* y *AND*. Y los filtros destacados fueron: *revisiones sistemáticas, estudios controlados aleatorizados y fecha de publicación* (últimos 10 años; >2012).

2.2 Criterios de selección

Para esta revisión, se tuvieron en cuenta aquellos estudios que cumplieran con los siguientes criterios de selección: 1) que fueran revisiones sistemáticas (RS) con o sin meta-análisis, 2) estudios controlados aleatorizados (ECAs) y que 3) la terapia centrada en soluciones (TBCS) fuera la principal línea de intervención del ensayo. Además, se consideró que la medida de resultado tuviera que ver con 4) la solución de una afección psicológica. Todo esto, teniendo en cuenta que cumplieran los criterios temporales de haberse realizado después del año 2012.

Finalmente, se excluyeron los ensayos controlados no aleatorizados, estudios observacionales, estudios cualitativos, revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor y opiniones. De esta manera, también fueron excluidos aquellos estudios que contenían “*terapia breve*”, como la “*terapia breve psicodinámica*” o “*terapia breve conductual*” y demás términos que no contenían la perífrasis “*centrada en soluciones*”.

2.3 Proceso de selección

Siguiendo los protocolos de revisión y los criterios de selección definidos previamente, se procedió a la lectura de títulos y resumen de todos los estudios encontrados en las

diferentes bases de datos. Se clasificaron las RS y los ECAs como seleccionados (S), no seleccionados (NS) o duda (D) en base a los títulos y a los resúmenes de los mismos. Los estudios clasificados como duda y seleccionados, fueron evaluados a texto completo, siendo excluidos los que no cumplían con los criterios de selección.

En primer lugar, se clasificaron las RSs en base a sus características más destacables y posteriormente, se extrajo la información y características más relevantes de los ECAs

Una vez observadas todas las medidas de resultados de cada uno de los estudios, se comprobó si alguno de ellos podría complementar y/o actualizar a una de las RSs que habían sido incluidas en el estudio.

2.4 Evaluación del riesgo de sesgo

Para la evaluación del riesgo de sesgo de las RS se utilizó la herramienta AMSTAR II (ver anexo 2) mientras que para los ECAs se utilizó la herramienta JBI (ver anexo 3).

La herramienta AMSTAR-2 es un cuestionario que contiene 16 dominios con opciones de respuesta “sí”, “no” y “sí parcial” que se utiliza principalmente para evaluar de forma crítica una o varias RSs.

Las herramientas de evaluación crítica de JBI han sido desarrolladas por JBI y colaboradores y aprobadas por el Comité Científico de JBI después de una extensa revisión por pares. Se trata de un cuestionario de 13 ítems cuyas opciones de respuesta son “sí”, “no” o “confuso”.

2.5 Método de análisis y síntesis de la información

Tras la selección de RSs y ECAs que cumplían los criterios de inclusión, se realizó una lectura crítica a texto completo del contenido de cada uno de ellos, analizando detalladamente la información obtenida y considerando la calidad metodológica, la fiabilidad y el alcance de los resultados, y la generalizabilidad de las conclusiones.

Se realizó una síntesis cualitativa de la información. Entre los datos extraídos se encuentra: el autor o autores, la localización, año de realización de la investigación, tipo de estudio, diseño, población estudiada, la intervención, el comparador, las medidas de resultado y la eficacia de la intervención.

Para este adecuado análisis, se realizó una lectura profunda de cada estudio, atendiendo a las recomendaciones de Perestelo-Pérez (2013): la validez metodológica de los artículos, la valoración de la precisión y el alcance al analizar los resultados, y la aplicabilidad de los mismos y de las conclusiones en el contexto de estudio.

3. Resultados

3.1 Selección de las Revisiones Sistemáticas (RS)

Tras la búsqueda en las diferentes bases de datos, se identificaron un total de 203 revisiones sistemáticas (Figura 1). Tras una eliminación de duplicados y aplicación de criterios de selección, se preseleccionaron un total de 37 revisiones. Una vez realizada una lectura en profundidad de cada revisión, y eliminación de los artículos seleccionados como duda, se obtienen un total de 8 RS que se incluyen en esta revisión. El resto de revisiones fueron excluidas por no cumplir los objetivos del estudio, resultados incompletos y/o conclusiones no justificadas. La herramienta utilizada para hacer esta

selección crítica de intervenciones en salud fue la A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR-II), extraído en Shea y cols. (2017) (anexo 2).

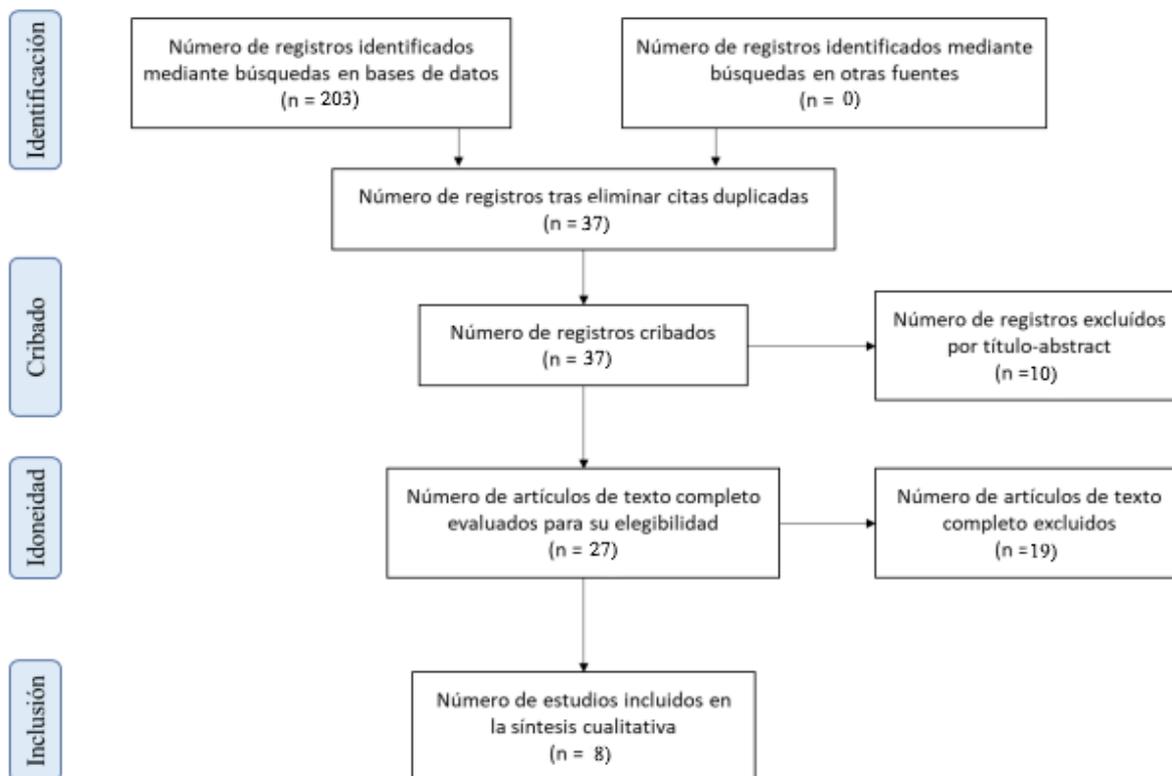


Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA

3.1.1 Características de las RS incluidas

En la tabla 1 se describen las 8 RS que cumplieron con los criterios de selección. Todas ellas muestran la eficacia (moderada-alta) de la TBCS en diferentes contextos y problemáticas: conducta infantil, conducta adolescente, problemas de consumo, depresión, problemas académicos, problemas de habilidades sociales, ansiedad, trastorno de angustia, baja autoestima, obesidad y contextos médicos.

Tabla 1

Descripción de las revisiones sistemáticas que superaron los criterios de selección

Autor	Año	Años estudios	Nº estudios	Afecciones psicológicas	Resultado general
Corcoran et al.	2011	1985-2006	10 estudios	Hijos de padres encarcelados. Conflictos padres-Adolescentes. Problemas de pareja.	Mejoras afectivas tras recibir TBCS
Franklin et al.	2021	Todos los disponibles	9 estudios	Abuso de alcohol. Persona en programa de prevención de drogas.	Prueba de la TBCS eficacia para reducir problemas sociales asociados a consumo.
Gingerish et al.	2013	Todos los disponibles	43 estudios	Depresión en adultos. Problemas académicos y de conducta en infancia. Salud mental del adulto (10 estudios) Matrimonio y familia (6 estudios) Rehabilitación laboral (5 estudios) Salud y envejecimiento (5 estudios) Crimen y delincuencia (4 estudios).	Niveles óptimos tras intervenir en TBCS
Kim et al.	2015	Todos los disponibles (solo chinos)	9 estudios	Problemas conductuales. Problemas de salud mental. Problemas de Habilidades sociales.	Efectos de tto medianos-grandes para depresión, ansiedad y autoestima
Schmit et al.	2016	1995-2014	20 estudios 6 tesis	Trastornos de internalización (ansiedad, depresión y t. de angustia).	Sugieren cambios a corto plazo y en períodos breves de tiempo.
Link et al.	2013	1990-2010	38 estudios	Comportamiento infantil (ansiedad, baja autoestima, depresión).	TBCS útil para comportamiento infantil.
Shyang et al.	2021	1990-2019	20 estudios	Problemas de comportamiento en niños y adolescentes.	Tamaño del efecto positivo a favor de la TBCS
Zhang et al.	2018	Todos los disponibles	9 estudios	Problemas en contextos médicos	TBCS eficaz para abordar trastornos psicológicos (ansiedad y depresión) Buenos resultados psicosociales en entornos de atención médica.

3.1.3 Descripción de los resultados obtenidos en las RS

La RS de Corcoran et al. (2011) abarca 10 estudios en los que se relacionan las intervenciones centradas en soluciones en diferentes contextos y poblaciones: conducta infantil, cuidadores de personas dependientes, adolescentes y problemas escolares, hijos de padres encarcelados, conflictos entre padres-adolescentes y problemas de pareja. Si bien esta RS está muy enfocada al trabajo social, los resultados muestran que la psicoterapia centrada en soluciones es efectiva en el 50% de los ECAs incluidos en la RS.

Gingerich et al. (2013) analiza en su RS un total de 43 estudios en los que se interviene a través de TBCS en depresión de adultos, problemas académicos, conductas de infancia, salud mental en adulto, matrimonio y familia, rehabilitación laboral, salud y envejecimiento, crimen y delincuencia. Sus resultados muestran una alta eficacia de una intervención centrada en soluciones, sobre todo en el ámbito de la depresión, en comparación a otras metodologías de intervención convencionales.

La RS de Link et al. (2013) abarca un total de 38 estudios relacionados con el uso de la TBCS en el comportamiento infantil y factores como la ansiedad, la baja autoestima y el estrés.

Los resultados muestran una buena eficacia de la TBCS para los problemas de comportamiento infantil y para los problemas leves.

La RS de Kim et al. (2015) comprueban 9 estudios en los que se interviene mediante TBCS en diferentes tipos de problemática: conductuales, salud mental, habilidades sociales y orientación vital en personas adultas con una media de 23,5 años. Sus resultados muestran un efecto mediano-grande para depresión, ansiedad y mejora de la autoestima tras recibir una intervención centrada en soluciones.

Las RS de Schmit et al. (2016) incluye 20 estudios y 6 tesis doctorales en los que se aplica TBCS en jóvenes y adultos con trastornos de internalización (ansiedad, depresión y trastorno de angustia). Los resultados muestran una disminución moderada (24%) de los síntomas físicos de 6 a 9 sesiones, sugiriendo cambios a corto plazo en y breves periodos de tiempo.

La RS de Zhang et al. (2018) mide la eficacia de 9 estudios relacionados con la aplicación de la TBCS en contextos médicos con temas relacionados con la obesidad, la ansiedad y la depresión. Los resultados muestran que la TBCS es eficaz para abordar trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión, además de obtener buenos resultados psicosociales en entornos de atención médica.

En la RS de Franklin et al. (2021) analizan 9 estudios en el que aplican TBCS en personas con consumo de sustancias, abuso de alcohol y personas que están en programa de prevención de drogas cuyos resultados avalan el empleo de la TBCS como una intervención eficaz para reducir los problemas asociados al consumo y una mejora de las conductas de consumo.

La RS de Shyang et al. (2021) analiza 20 ECAs relacionados con problemas de comportamiento conductual en infancia y adolescencia. Los resultados aclaran un tamaño de efecto positivo a favor de la TBCS para el comportamiento infantil de leve a moderado.

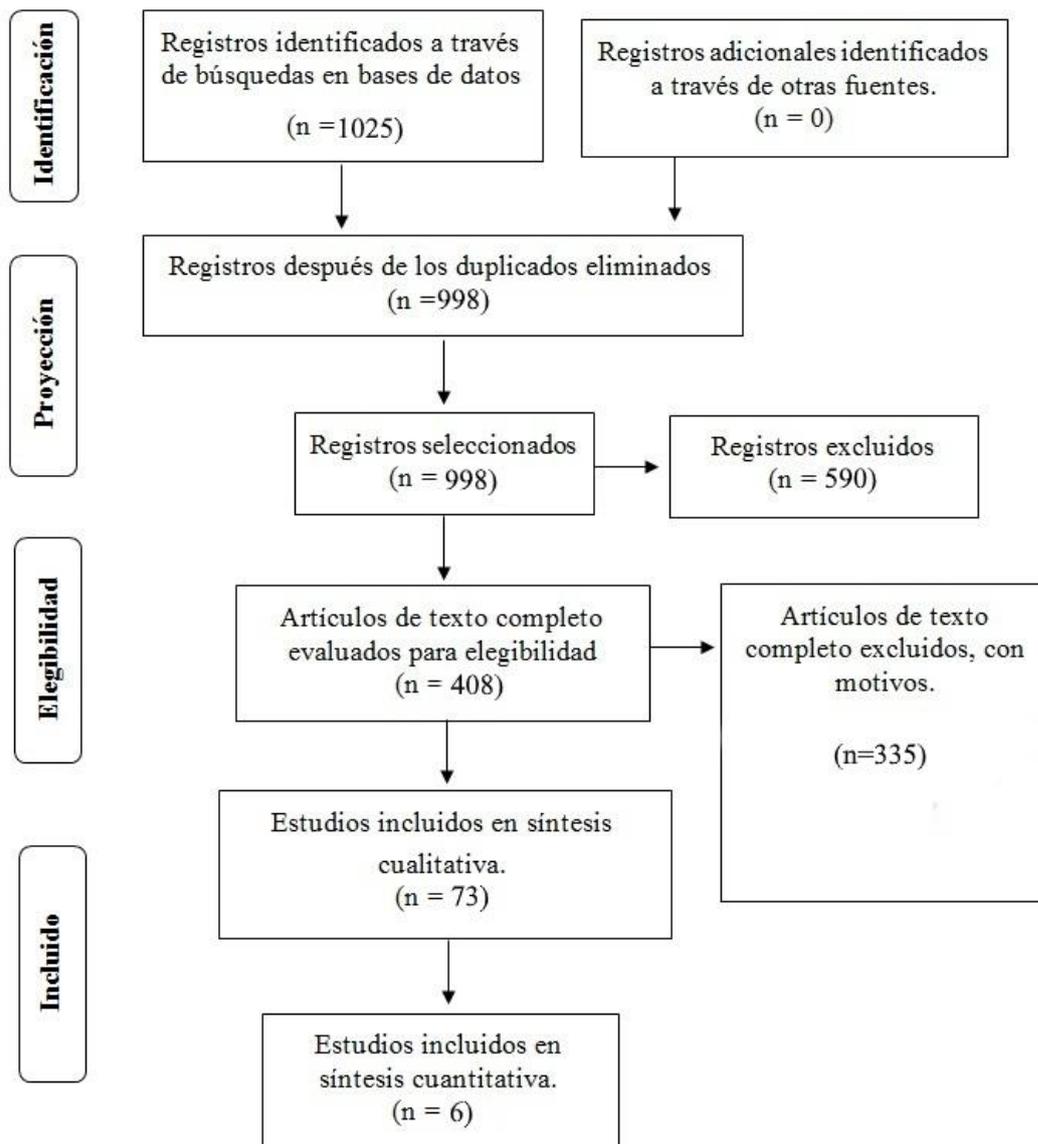
3.2 Selección de Estudios Controlados Aleatorizados

De la misma manera que con las RS, tras realizar la búsqueda en las diferentes bases de datos, se identificaron un total de 1025 estudios que, tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de selección, se preseleccionaron un total de 408 registros (Figura 2). Tras hacer una lectura a texto completo y continuar con el proceso de selección se obtuvieron

un total de 73 estudios, de los cuales 6 superaron la herramienta de evaluación crítica de estudios controlados aleatorizados JBI para intervenciones clínicas.

Figura 2.

Diagrama de flujo PRISMA para selección de estudios.



3.2.1 Características de los ECAs

En la Tabla 3 podemos observar las principales características de los ECAs que han sido incluidos en esta investigación. Como podemos observar en tres de ellos, el 100% de los participantes fueron mujeres, en otro el 50% y en otro un 42,9%.

En cuanto a medidas de resultado, se observa mucha variabilidad de afecciones psicológicas estudiada: estrés, fatiga y depresión percibida por enfermedad de cáncer, miedo al parto, trastorno mixto, bienestar psicológico en pacientes con ACV y/o afasia y angustia, somatización y ansiedad en adultos con hijos con cardiopatías congénitas.

En el caso del contexto en donde transcurre la afección, también tenemos una gran variabilidad: contextos hospitalarios con pacientes de salud mental, cáncer de mama, cardiopatías congénitas, diagnóstico de ACV isquémico, ACV hemorrágico, pacientes con afasia y usuarias de ginecología.

A la hora de impartir la TBCS, en la mayoría de los casos han sido profesionales de la psicología y de psiquiatría, exceptuando dos estudios en los que, por un lado, la intervención las realiza el equipo de enfermería del hospital y, por otro lado, trabajadores sociales clínicos.

En todos ellos se ha realizado una intervención mediante TBCS la cual ha tenido una duración de entre cuatro y ocho sesiones. Los resultados en todos los estudios se muestran favorables a este tipo de terapia, disminuyendo las afecciones psicológicas en cada uno de ellos.

Tabla 3*Descripción de los estudios controlados aleatorizados incluidos*

Autor	Edad	% mujeres	Muestra	Entorno/salud/problema	Medición	Pruebas	Resultado
Angham Aminnasab y cols. ,2018, Irán.	Entre 20 y 45 años	100%	N Experimental: 15 N Control: 15 N Total: 30	Cáncer de mama	Escala de estrés percibido de Cohen (PSS) Escala de depresión del centro de estudio epidemiológicos (CES-D)	Análisis multivariable	La TBCS reduce depresión y estrés percibido ($p < 0.001$)
Forough Mortazavi y cols. ,2021, Irán	26,24 (dt 5,26)	100%	N Experimental: 66 N Control: 66 N Total: 132	Mujeres con miedo al parto moderado-severo	Escala de ansiedad por el embarazo (ASP) y Cuestionario de Expectativa de Parto (Wijma, W-DEQ)	Prueba T Prueba T pareada ANCOVA	La TBCS aumenta autoeficacia (< 0.001), aumenta las expectativas positivas (< 0.001) con respecto al parto. Reduce el miedo al daño del feto (< 0.001), reduce miedo a perder el control (< 0.001) Reduce sentimiento de soledad (< 0.001), reduce miedo general al parto (< 0.001).

Autor	Edad	% mujeres	Muestra	Entorno/salud/problema	Medición	Pruebas	Resultado
María Carrera y cols. ,2016, España	40,8 (dt 10,3)	No específica	N Experimental: 132 N Control: 132 N Total: 264	Usuarios de salud mental: Estado de ánimo depresivo Depresión leve a moderada Trastorno mixto depresión - ansioso	Escala de depresión de Beck Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, Zigmond & Snaith, 1983)	No reportado	La TBCS disminuye la depresión ($p < 0.001$), ansiedad ($p < 0.001$) y mejora el estado de ánimo ($p < 0.001$)

Autor	Edad	% mujeres	Muestra	Entorno/salud/problema	Medición	Pruebas	Resultado
Sara Northcott y cols., 2021, Reino Unido	67,2 (dt 12,9)	50%	N Experimental: 17 N Control: 15 N Total: 32	Pacientes con diagnóstico de: ACV isquémico ACV hemorrágico Todos con Afasia min. 6 meses desp del accidente	Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh (bienestar psicológico) Cuestionario de Salud General-12 (GHQ-12) (estado de ánimo y angustia)	No reportado	LA TBCS aumento del bienestar ($p<0.001$) y estado de ánimo ($p<0.01$)
Weimin Liu y cols., 2020, China	Entre 40 y 60 años	100%	N experimental: 80 N Control: 80 N Total: 160	Mujeres con cáncer de mama. Hospital Shijtan (Beijing) Todas recibiendo quimioterapia. Todas con "fatiga severa"	Piper Fatigue Scale (fatiga subjetiva).	Chi2 y F Fisher	La TBCS disminuye la fatiga ($p<0.05$) en sobrevivientes de cáncer de mama tras quimioterapia.
Yaxi Li y cols., 2018, China.	Padres mayores de 21 años	42,90%	N Experimental: 25 N Control 28: N Total: 53	Hijos con cardiopatías congénitas ingresados en pediatría	BSI-18 (angustia v. china) (Somatización, depresión y ansiedad)	ANCOVA	La TBCS disminuye: la angustia parental ($p<0.001$), depresión ($p<0.001$) y ansiedad ($p<0.001$)

3.2.2 Calidad metodológica de los ECAs

El propósito de esta evaluación es el de medir la calidad metodológica de un estudio y determinar en qué medida este ha abordado la posibilidad de sesgo en su diseño, realización y análisis. Todos los artículos seleccionados para su inclusión en esta revisión (es decir, aquellos que cumplen con los criterios de inclusión descritos en el protocolo) deben ser sometidos a una evaluación rigurosa. En el anexo 3, podemos encontrar la herramienta de evaluación a través de la lista de verificación de evaluación crítica de JBI para estudios controlados aleatorizados.

Como podemos ver en la tabla 4, todos los estudios incluidos en esta revisión muestran un alto índice de calidad metodológica. Dos de los seis estudios seleccionados no indican si los administrados y/o los evaluadores del tratamiento eran ciegos.

Tabla 4.

Evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados con la herramienta JBI.

Autor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Angham aminnasab y cols. ,2018, Irán.	Si	Si	Confuso	Si									
Forough mortazavi y cols. ,2021, Irán	Si	Si	Si	Si									
María carrera y cols. ,2016, España	Si	Si	Confuso	Si									
Sara northcott y cols. ,2021, Reino Unido	Si	Si	Si	Confuso	Confuso	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Weimin liu y cols. ,2020, China	Si	Si	Si	Confuso	Confuso	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Yaxi li y cols. ,2018, China.	Si	Si	Confuso	Si									

3.2.3 Descripción de los resultados obtenidos en los ECAs

El estudio de Carrera et al. (2016) [N=264] afirmó que el empleo de TBCS disminuye la depresión ($p<0.001$), ansiedad ($p<0.001$) y mejora el estado de ánimo ($p<0.001$) en usuarios de la unidad de salud mental.

El ensayo de Li et al. (2018) [N=53] muestra como una intervención centrada en soluciones disminuye la angustia parental ($p<0.001$), depresión ($p<0.001$) y ansiedad ($p<0.001$) en los padres y madres con hijos/as con cardiopatías congénitas en entornos hospitalarios.

El estudio de Aminnasab et al. (2018) [N=30] muestra una favorable visión hacia el empleo del uso de TBCS al disminuir ($p<0.001$) la depresión y el estrés percibido en mujeres pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.

El ensayo de Liu et al. (2020) [N=160] muestra resultados favorables al empleo de la TBCS al disminuir la fatiga mental ($p<0.05$) en sobrevivientes de cáncer de mama tras recibir quimioterapia.

Según Northcott et al. (2021) [N=32] los pacientes con un diagnóstico de ACV isquémico, hemorrágico y con afasia (todos ellos 6 meses después del accidente) ven aumentado su bienestar ($p<0.001$) y su estado de ánimo ($p<0.01$).

En el ensayo de Mortazavi et al. (2021) [N=132] muestra los siguientes resultados en mujeres embarazadas: La TBCS aumenta autoeficacia (<0.001) y aumenta las expectativas positivas (<0.001) con respecto al parto. Reduce el miedo al daño del feto (<0.001), reduce el miedo a perder el control (<0.001), reduce el sentimiento de soledad (<0.001) y reduce el miedo general al parto (<0.001).

En la tabla 5, se muestra una recopilación de las afecciones psicológicas que obtienen beneficios tras utilizar TBCS según los ECAs hallados en el estudio incluido en esta revisión. Se observa como en el caso de la depresión, quedará reducida su afección en tres de los estudios, la ansiedad y el estado de ánimo en dos y el resto de afecciones en uno.

Tabla 5

Afecciones psicológicas halladas en los estudios

Afección psicológica	ECA	Confianza
Depresión	Carrera et al. (2016)***	p<0.001
	Li et al. (2018)***	p<0.001
	Aminnasab et al. (2018)***	p<0.001
Ansiedad	Carrera et al. (2016)***	p<0.001
	Li et al. (2018)***	p<0.001
Estado de ánimo	Carrera et al. (2016)***	p<0.001
	Northcott et al. (2021)**	p<0.01
Angustia parental	Li et al. (2018)***	p<0.001
Estrés percibido	Aminnasab et al. (2018)***	p<0.001
Fatiga mental	Liu et al. (2020)*	p<0.05
Bienestar	Northcott et al. (2021)	p<0.001
Autoeficacia	Mortazavi et al. (2021)	p<0.001
Expectativas positivas	Mortazavi et al. (2021)	p<0.001
Miedo	Mortazavi et al. (2021)	p<0.001

3.3 Nuevos ECAs que complementan las RSs

Tras la recopilación de los resultados obtenidos por los ECAs encontrados que superaron los criterios de inclusión, se observó que estos podían complementar algunas de las RSs encontradas en esta revisión ya que su publicación es posterior a la publicación de las revisiones. En la Tabla 6, se han recopilado cuáles estudios son susceptibles de complementar las diferentes revisiones. Los criterios de complementación han sido en base a las medidas de resultados y contextos dónde se ha llevado a cabo la intervención.

Como observamos en la Tabla 6, todas las revisiones excepto Franklin et al. (2021) y Shyang et al. (2021), ya que tienen contextos y población muy específica (el primero se trata de población consumidora y el segundo sobre comportamiento en infancia y adolescencia), son susceptibles de ser complementadas por aquellos estudios que hemos encontrado en esta revisión.

La revisión sistemática de Zhang et al. (2018) es la revisión que más es susceptible de ser complementada, ya que todos los estudios que encontramos pueden añadirse a su batería de estudios al tratarse de contextos médicos y clínicos.

Tabla 6*Estudios que complementan a las revisiones encontradas*

Revisión sistemática	Estudios que la complementan
Corcoran et al. (2011)	Liu et al. (2020)
Gingerich et al. (2013)	Aminnasab et al. (2018) Carrera et al. (2016) Li et al. (2018) Liu et al. (2020)
Link et al. (2013)	Aminnasab et al. (2018) Carrera et al. (2016) Mortazavi et al. (2021)
Kim et al. (2015)	Liu et al. (2020)
Schmit et al. (2016)	Aminnasab et al. (2018) Carrera et al. (2016) Li et al. (2018) Mortazavi et al. (2021)
Zhang et al. (2018)	Aminnasab et al. (2018) Carrera et al. (2016) Li et al. (2018) Liu et al. (2020) Mortazavi et al. (2021)

3.4 Síntesis narrativa de la RS de Zhang et al. (2018) y los nuevos estudios que la complementan.

En la RS de Zhang et al. (2018), podemos encontrar un meta-análisis de 8 ECAs cuya intervención se centró en el empleo de la TBCS en contextos médicos para pacientes con problemas relacionados con la salud psicosocial. Al referirse al “entorno médico” se refiere a cualquier contexto de atención médica que trate de socorrer cualquier problema relacionado con el bienestar físico de los pacientes. Esta investigación cuenta con una búsqueda exhaustiva en cinco bases de datos electrónicas, cuatro revistas académicas, tres sitios webs profesionales y una serie de listas de referencias de diversos profesionales.

Los resultados de esta revisión mostraron un efecto significativo para la TBCS en los resultados psicosociales relacionados con la salud. Los autores concluyen que la TBCS es una intervención eficaz para los problemas psicosociales y un enfoque prometedor para los resultados conductuales en entornos médicos.

Tabla 7

Contexto y medidas de resultado de los estudios pertenecientes a la RS de Zhang et al. (2018)

Autor	Muestra	Edad Media	Contexto médico	Medida de resultado
Burn et al. (1997)	N=23	37,2 años	Rehabilitación ortopédica	Adaptación psicosocial a enfermedad Crisis familiares
Wake et al. (2009)	N=119	7,4 años	Clínica de obesidad infantil	Índice de masa corporal Personalidad Calidad de vida
Flodmark et al. (1993)	N=48	10,5 años	Obesidad infantil (pediatría)	Índice de masa corporal Calidad de vida Percepción de figura corporal
Kokvoll et al (2013)	N=45	10,3 años	Obesidad infantil (pediatría)	Índice de masa corporal
McCallum et al. (2007)	N=81	7,4 años	Obesidad infantil (pediatría)	Índice de masa corporal
Valve et al. (2013)	N=13	19 años	Centro de mujeres de prevención de obesidad	Autoinforme físico de comportamiento Índice de Masa Corporal

<i>Vogelaar et al. (2011)</i>	N=12	31,1 años	Pacientes de hepatología y gastroenterología	Fortaleza personal
<i>Vogelaar et al. (2014)</i>	N=49	40,1 años	Clínica gastrointestinal	Estado de salud Fortaleza personal Impulsividad emocional Ansiedad y depresión
<i>Wiechman et al. (2015)</i>	N=41	43,46 años	Rehabilitación ambulatoria de quemaduras	Percepción de figura corporal Consecución de metas

Como se observa en la Tabla 7, los estudios se han centrado en aplicar TBCS en contextos de pediatría para tratar la obesidad (cinco estudios), clínicas para tratar problemas gástricos (dos estudios), rehabilitación ortopédica (un estudio) y rehabilitación ambulatoria de quemaduras (un estudio).

Si tenemos en cuenta todos los ECAs obtenidos en nuestra revisión nos encontramos antes los siguientes contextos clínicos y/o médicos (ver Tabla 8): oncología, maternidad, unidad de salud mental y pediatría.

En cuanto a medida de resultado, se ha cuantificado: la ansiedad, la depresión, impulsividad emocional, fortaleza personal, consecución de metas, índice de masa corporal, percepción de figura corporal, personalidad, calidad de vida, crisis familiares y adaptación psicosocial a enfermedad.

Al añadir estos nuevos contextos complementando a la RS de Zhang et al. (2018), se obtienen un total de 15 ECAs (ver Tabla 9) que describen la eficacia de la TBCS en diferentes contextos clínicos (ver Tabla 10), con resultados significativos para diferentes afecciones psicológicas según las medidas de resultado (ver Tabla 11).

Como se observa en la Tabla 11, los estudios que avalan la TBCS según la RS de Zhang (2018) y añadiendo los ECAs encontrados pertenecen a los siguientes contextos: obesidad (5), pediatría (5), oncología (2), gastroenterología (2), unidad de ACV (1), rehabilitación ortopédica (1), maternidad (1), salud mental (1), hepatología (1) y rehabilitación de quemaduras (1).

Las afecciones psicológicas que se han visto reducidas por el empleo de la TBCS (Tabla 11) tras la combinación de los estudios de Zhang et al. (2018) y los ECAs encontrados en esta revisión han sido las siguientes: depresión (5), ansiedad (5), mejora de expectativas (3), estado de ánimo (3), angustia (2), calidad de vida (2), percepción de figura corporal (2), fatiga mental (1), bienestar (1), autoeficacia (1), miedo (1), adaptación psicosocial a enfermedad (1), fortaleza personal (1), percepción del estado de salud (1), impulsividad emocional (1), fatiga subjetiva (1), somatización (1) y estrés percibido (1). Como observamos en la Tabla 12, la depresión, la ansiedad y la angustia han añadido estudios a la eficacia de la TBCS en contextos médicos tras actualizar la RS de Zhang et al. (2018).

Tabla 8

Contexto y medidas de resultado de los estudios encontrados que complementan RS de Zhang et al. (2018)

Autor	Muestra	Edad media	Contexto médico	Medida de resultado
Aminnasab y cols. ,2018, Irán.	N Total: 30	Entre 20 y 45 años	Oncología	Estrés percibido Depresión
Carrera y cols. ,2016, España	N Total: 264	40,8 (dt 10,3)	Usuarios de salud mental	Depresión y ansiedad
Li y cols. ,2018, China.	N Total: 53	Padres mayores de 21 años	Pediatría	Angustia Depresión Ansiedad Somatización
Liu y cols. ,2020, China	N Total: 160	Entre 40 y 60 años	Oncología	Fatiga subjetiva
Northcott y cols. ,2021, Reino Unido	N Total: 32	67,2 (dt 12,9)	Pacientes con diagnóstico de: ACV isquémico y hemorrágico	Bienestar mental Estado de Ánimo y angustia
Mortazavi y cols. ,2021, Irán	N Total: 132	26,24 (dt 5,26)	Maternidad	Ansiedad Expectativa del parto

Tabla 9

Contexto y medidas de resultado de los estudios encontrados que complementan y que componen la RS de Zhang et al. (2018)

Autor	Muestra	Edad Media	Contexto médico	Medida de resultado
Angham aminnasab et al. (2018)	N Total: 30	Entre 20 y 45 años	Oncología	Estrés percibido Depresión
Burn et al. (1997)	N=23	37,2 años	Rehabilitación ortopédica	Adaptación psicosocial a enfermedad Crisis familiares
Wake et al. (2009)	N=119	7,4 años	Cínica de obesidad infantil (pediatría)	Índice de masa corporal Personalidad Calidad de vida
Flodmark et al. (1993)	N=48	10,5 años	Obesidad infantil (pediatría)	Índice de masa corporal Calidad de vida Percepción de figura corporal
Flodmark et al. (1993)	N Total: 132	26,24 (dt 5,26)	Maternidad	Ansiedad Expectativa del parto

Autor	Muestra	Edad Media	Contexto médico	Medida de resultado
Kokvoll et al (2013)	N=45	10,3 años	Obesidad infantil (pediatría)	Índice de masa corporal
María carrera et al. (2016)	N Total: 264	40,8 (dt 10,3)	Usuarios de salud mental:	Depresión Ansiedad
Mccallum et al. (2007)	N=81	7,4 años	Obesidad infantil (pediatría)	Índice de masa corporal
Sara northcott et al. (2021)	N Total: 32	67,2 (dt 12,9)	Pacientes con diagnóstico de: ACV isquémico ACV hemorrágico	Bienestar mental Estado de Ánimo Angustia
Valve et al. (2013)	N=1338	19 años	Centro de mujeres de prevención de obesidad	Autoinforme físico Índice de Masa Corporal
Vogelaar et al. (2011)	N=12	31,1 años	Pacientes de hepatología y gastroenterología	Fortaleza personal

Autor	Muestra	Edad Media	Contexto médico	Medida de resultado
Vogelaar et al. (2014)	N=49	40,1 años	Clínica gastrointestinal	Estado de salud Fortaleza personal Impulsividad emocional Ansiedad y depresión
Weimin Liu et al. (2020)	N Total: 160	Entre 40 y 60 años	Oncología	Fatiga subjetiva
Wiechman et al. (2015)	N=41	43,46 años	Rehabilitación ambulatoria de quemaduras	Percepción de figura corporal Consecución de metas
Yaxi Li et al. (2018)	N Total: 53	Padres mayores de 21 años	Pediatría	Angustia Depresión Ansiedad Somatización

Tabla 10

Número de estudios que contienen los diferentes contextos médicos hallados en la RS de Zhang et al. (2018) junto con los ECAs encontrados en esta revisión, que la complementan, en los que se emplea TBCS.

Contexto médico	Nº de estudios
Obesidad	Wake et al. (2009) Flodmark et al. (1993) Kokvoll et al (2013) Mccallum et al. (2007) Valve et al. (2013)
Pediatría	Wake et al. (2009) Flodmark et al. (1993) Kokvoll et al (2013) Mccallum et al. (2007) Yaxi Li et al. (2018)
Oncología	Angham Aminnasab et al. (2018) Weimin Liu et al. (2020)
Gastroenterología	Vogelaar et al. (2011) Vogelaar et al. (2014)
Unidad ACV	Sara Northcott et al. (2021)
Rehab. Ortopédica	Burn et al. (1997)
Maternidad	Forough Mortazavi et al. (2021)
Salud mental	María Carrera et al. (2016)
Hepatología	Vogelaar et al. (2011)
Rehab. Quemaduras	Wiechman et al. (2015)

Tabla 11

Afecciones psicológicas en los ECAs encontrados añadiendo los estudios de Zhang et al. (2018) cuyos niveles se han reducido tras aplicar TBCS

Afección psicológica	ECA
Depresión	Carrera et al. (2016) Aminnasab et al. (2018) Vogelaar et al. (2014) Yaxi Li et al. (2018) Li et al. (2018)
Ansiedad	Carrera et al. (2016) Li et al. (2018) Flodmark et al. (1993) Vogelaar et al. (2014) Yaxi Li et al. (2018)
Expectativas	Mortazavi et al. (2021) Flodmark et al. (1993) Wiechman et al. (2015)
Estado de ánimo	Carrera et al. (2016) Northcott et al. (2021)
Angustia	Li et al. (2018) Yaxi Li et al. (2018)
Calidad de vida	Wake et al. (2009) Flodmark et al. (1993)
Afección psicológica	ECA
Percepción figura corporal	Flodmark et al. (1993) Wiechman et al. (2015)
Fatiga mental	Liu et al. (2020)

Tabla 12.

Afecciones psicológicas de la RS de Zhang que han sido complementadas por los estudios encontrados.

Afección	Después de complementar con Zhang	Ecas Encontrados
Depresión*	Carrera et al. (2016)	Carrera et al. (2016)
	Aminnasab et al. (2018)	Aminnasab et al. (2018)
	Vogelaar et al. (2014)	
	Yaxi Li et al. (2018)	
	Li et al. (2018)	Li et al. (2018)
Ansiedad*	Carrera et al. (2016)	Carrera et al. (2016)
	Li et al. (2018)	Li et al. (2018)
	Flodmark et al. (1993)	
	Vogelaar et al. (2014)	
	Yaxi Li et al. (2018)	
Expectativas	Mortazavi et al. (2021)	
	Flodmark et al. (1993)	
	Wiechman et al. (2015)	
Estado de ánimo	Carrera et al. (2016)	Carrera et al. (2016)
	Northcott et al. (2021)	Northcott et al. (2021)
Angustia*	Li et al. (2018)	Li et al. (2018)
	Yaxi Li et al. (2018)	
Calidad de vida	Wake et al. (2009)	
	Flodmark et al. (1993)	
Percepción figura corporal	Flodmark et al. (1993)	
	Wiechman et al. (2015)	
Fatiga mental	Liu et al. (2020)	Liu et al. (2020)
Bienestar	Northcott et al. (2021)	Northcott et al. (2021)
Autoeficacia	Mortazavi et al. (2021)	Mortazavi et al. (2021)
Miedo	Mortazavi et al. (2021)	Mortazavi et al. (2021)
Adaptación psicosocial a enfermedad	Burn et al. (1997)	
Fortaleza personal	Vogelaar et al. (2011)	
Percepción del estado de salud	Vogelaar et al. (2014)	
Impulsividad emocional	Vogelaar et al. (2014)	
Fatiga subjetiva	Weimin Liu et al. (2020)	
Somatización	Yaxi Li et al. (2018)	
Estrés percibido	Aminnasab et al. (2018)	Aminnasab et al. (2018)

4. Discusión

Esta revisión sistemática tenía como objetivos conocer el estado actual de la investigación de la eficacia de la Terapia Breve Centrada en Soluciones en contextos clínicos, y conocer en qué medida es eficaz ante los diferentes tipos de afección o problemas psicológicos. Además, esta investigación ha permitido complementar una revisión ya consolidada (Zhang, 2018), sobre TBCS en contextos médicos y añadir contenido de valor a ella.

La hipótesis que se barajó inicialmente fue que se encontrarán resultados que avalen la TBCS como una intervención eficaz, en diferentes contextos clínicos, para varias afecciones, problemas y/o trastornos psicológicos.

Ante la primera búsqueda de revisiones sistemáticas, que cumplieron con los criterios de selección, se encontró variabilidad en cuanto al empleo de la TBCS como intervención eficaz para resolver problemas psicológicos. Algunas revisiones, como por ejemplo la de Shyang et al. (2021), Corcoran et al. (2011), Link et al. (2013) y Gingerich (2013) centran sus estudios en infancia y adolescencia, interviniendo en problemas escolares, familiares y/o de comportamiento. Otras como la de Kim et al. (2015) y Schmit et al. (2016) incorporan a sus resultados medidas eficaces de la TBCS en problemas relacionados con la salud mental (depresión, ansiedad, angustia, etc.). Y, de forma más específica, la revisión de Franklin et al. (2021) analiza varios estudios relacionados con el consumo de sustancias y la revisión de Zhang et al (2018) analiza la efectividad de la terapia en contextos médicos.

Tras la búsqueda de los estudios controlados aleatorizados que pasaron los criterios de selección, se hallaron seis estudios que cumplieron con las características concretas del proceso de selección y que, además, podían complementar las revisiones halladas. Estos estudios avalan la eficacia de la TBCS en diferentes contextos clínicos como puede ser

un departamento de oncología (Aminnasab y cols., 2018 y Liu y Cols, 2020), maternidad (Mortazavi y cols., 2021), pediatría (Li y cols., 2018) y pacientes de salud mental (Carrera y cols., 2016 y Northcott, 2021).

En cuanto a las medidas de resultado de los estudios, en los diferentes contextos clínicos, se observa como la TBCS arroja resultados de eficacia en depresión, ansiedad, mejora del estado de ánimo, angustia, estrés, fatiga mental, bienestar psicológico, autoeficacia, expectativas positivas y miedo.

Si nos referimos a las edades, se hallan en las primeras revisiones muchos resultados relacionados con la infancia y la adolescencia. Sin embargo, en los estudios que se encontraron posteriormente, las edades abarcadas van desde los 20 a los 70 años.

Al observar los resultados y contextos obtenidos de los ECAs, en los que una TBCS obtenía eficacia, se analizó la capacidad que tenían estos estudios de complementar las RSs que se habían encontrado. Todos los estudios hallados podrían complementar alguna revisión, excepto la revisión de Zhang et al. (2018) que era susceptible de ser complementada por todos ellos.

La revisión de Zhang et al. (2018) es una revisión que contiene estudios que avalan la TBCS en contextos médicos. En dicha investigación, los autores definen los entornos médicos como “cualquier contexto de atención médica que trate de socorrer cualquier problema relacionado con el bienestar físico de los pacientes” (Zhang et al., 2018). No obstante, los investigadores se centran en contextos relacionados con clínicas de obesidad y pediatría, aunque también existen estudios aislados de gastroenterología y rehabilitación de quemaduras. La restricción evidente de esta revisión en cuanto los diferentes tipos de contexto, la causamos en la temporalidad. Esta revisión añade estudios hasta el año 2015 y los estudios que nosotros hallamos abarcan desde el año 2016 hasta

el 2021. Por este motivo es por lo que los entornos médicos que se han encontrado en los estudios de esta revisión complementan los entornos de la revisión de Zhang et al. (2018).

Tras añadir nuestros estudios encontrados a la revisión de Zhang et al. (2018), tanto las afecciones/problemas psicológicos como los diferentes entornos clínicos muestran un mayor aval en cuanto a la capacidad de la TBCS para resolverlos. En este sentido, afecciones como la depresión, la ansiedad y la angustia quedan avaladas por más estudios al ser complementadas con nuestros hallazgos.

Si bien observamos complementación en afecciones psicológicas tras añadir los nuevos estudios a la revisión, no solamente consolidando los ya propuestos sino añadiendo problemas psicológicos al repertorio de trastornos que son eficaces disminuir a través de TBCS, también podemos añadir el empleo de esta terapia a otros contextos médicos.

Los resultados no complementan ningún contexto médico que Zhang et al. (2018) ya haya propuesto (como por ejemplo pediatría, clínicas de obesidad y oncología), no obstante, podemos ampliar este listado de entornos de otra índole (salud mental, hepatología, rehabilitación, unidad de ACV, maternidad, etc.).

Los resultados obtenidos en la presente revisión aportan evidencia de la eficacia de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, tanto en diferentes afecciones psicológicas, siendo especialmente eficaz en ansiedad, depresión y angustia, como en la variabilidad de los grupos de edad (infancia, adolescencia, adultos y vejez), así como en diferentes contextos médicos y clínicos, especialmente en clínicas de obesidad, pediatría y oncología.

4.1 Limitaciones y futuras líneas de investigación

Los artículos incluidos en esta revisión sistemática han sido evaluados y clasificados bajo una calidad metodológica alta. A pesar de ello, se han incluido un número de artículos reducido inferior a lo que se esperaría encontrar. Una de las principales limitaciones de este estudio es la necesidad de realizar, dentro de la comunidad científica, más estudios controlados aleatorizados en contextos clínicos y/o médicos que puedan seguir avalando estos resultados.

Además, dentro de la literatura, existe una gran cantidad de términos relacionados con la Terapia Breve Centrada en Soluciones (por ejemplo: terapia breve, terapia sistémica, terapia sistémica breve, terapia centrada en soluciones, etc.) por lo que puede llegar a dificultar la búsqueda de contenido bibliográfico. Esto es debido a que la TBCS es considerada un tipo de intervención relativamente nueva que recibe influencia de otro tipo de intervenciones, terapias y disciplinas.

Como propuesta a futuras líneas de investigación que aprueben y sigan consolidando la eficacia de la terapia breve centrada en soluciones, habría que realizar estudios en contextos clínicos o médicos que trabajaran directamente con un manual de diagnóstico acordado por la comunidad médica (CIE – DSM) y con diagnósticos preestablecidos, para que realmente pueda establecerse el empleo de esta intervención en contextos sanitarios de atención primaria o atención médica, ya que, en la mayoría de estudios analizados, los participantes presentaban ansiedad o depresión pero no hace referencia a un diagnóstico concreto.

5. Conclusiones

Actualmente en España, sobre todo en la comunidad autónoma en Canarias, existe un grave problema con la saturación y listas de espera en los entornos de atención primaria en los hospitales y centros de salud. Además de ello, las unidades de Salud Mental no dan cobertura a la amplia demanda existente actual con el poco personal contratado en las áreas de psicología y psiquiatría.

Todo esto ha aumentado considerablemente tras las consecuencias físicas y mentales de la pandemia COVID-19 a partir del año 2020. El agotamiento físico y mental ha sido uno de los principales factores de riesgo que ha afectado principalmente a jóvenes, con unos índices mayores de suicidio y autolesiones en los últimos años (OMS, 2022).

Además de ello, la pandemia ha traído como consecuencia una crisis económica mundial que se ha visto aumentada por otra crisis económica debido al conflicto bélico Rusia – Ucrania. En un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (2022) en España, junto a la colaboración del instituto de Salud Carlos III, ha realizado un estudio cuyos resultados han reflejado que el 47% de los encuestados refieren un empeoramiento del acceso a la atención sanitaria; el 33% data de un empeoramiento de su vida social y el 32% una peor salud mental.

La Terapia breve Centrada en Soluciones utiliza una serie de técnicas para ayudar a los usuarios/as a movilizar los recursos para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible (Beyebach, 2022). Desde un punto de vista práctico, la TBCS podría llegar a ser una solución eficaz a la descongestión, no solo de las áreas de salud mental, aumentando la eficacia de las intervenciones en poco tiempo, sino de la atención primaria general previniendo muchas enfermedades y afecciones hospitalarias derivadas de estrés y/o ansiedad que conlleva a la visita continua de los y las pacientes a su médico.

Por lo tanto, incluir un tipo de intervención como la TBCS, gracias a su eficacia en poco tiempo y en la corta duración de las sesiones, dentro del sistema nacional de salud, disminuiría las listas de espera y la frecuencia de visita de los usuarios/as a los hospitales y centros de salud.

Para que esto sea posible, es necesario investigar y continuar refutando a través de estudios la eficacia de este tipo de intervención en contextos médicos, clínicos y de atención primaria.

6. Referencias

- Berg, I. K. (1994). *Family based services: A solution-focused approach*. New York: Norton
- Bond, C., Woods, K., Humphrey, N., Symes, W., & Green, L. (2013). Practitioner review: *The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: A systematic and critical evaluation of the literature from 1990–2010*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 707–723.
- Burns, K. (2016). *Focus on solutions: A health professional's guide, revised* (2nd ed.). London: Solution Books
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, W., & Underwood, L. (2010). *Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression*. *BMC Medicine*, 8, 38. doi:10.1186/1741-7015-8-38
- Corcoran, J. & Pillai, V. (2009) *A review of the research on solution-focused therapy*. *British Journal of Social Work*, 39, 234-242.
- Cunningham, P. J. (2009). *Beyond parity: Primary care physicians' perspectives on access to mental health care*. *Health Affairs*, 28, 490–501.
- De Jong, P. y Berg, IK (2001) *Entrevistas para Soluciones*, 2.^a edición, Pacific Grove, CA, Brooks/Cole
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- Flatt, S., & Curtis, S. (2013). *Offering expert knowledge within a notknowing solution-focused paradigm: A contradiction in terms or a helpful response to (some) real life conundrums?* *International Journal of Solution-Focused Practices*, 1, 28–30.

- Flodmark, C.-E., Ohlsson, T., Ryden, O., & Sveger, T. (1993). *Prevention of progression to severe obesity in a group of obese schoolchildren treated with family therapy*. *Pediatrics*, 91, 880–884.
- Franklin, C. (2015). *An update on strength-based, solution-focused brief therapy*. *Health and Social Work*, 40, 73–76.
- Franklin, C. & Hang, A. (2021). *Solution-focused brief therapy for substance use: A review of the literature*. *Health and social work*, 45.
- Franklin, C., Trepper, T. S., McCollum, E. E., & Gingerich, W. J. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidencebased practice*. New York: Oxford University Press.
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). *Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies*. *Research on Social Work Practice*, 23, 266–283.
- Gingerich, WJ y Eisengart, S. (2000) 'Terapia breve centrada en soluciones: una revisión de el resultado de la investigación', *Proceso Familiar*, 39(4), págs. 477–98.
- Kim, J. S. (2008). *Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis*. *Research on Social Work Practice*, 18, 107–116.
- Kim, J. S. (2014). *Solution-focused brief therapy: A multicultural approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kim, J. S., & Franklin, C. (2015). *The importance of positive emotions in solution-focused brief therapy*. *Best Practices in Mental Health*, 11, 25–41.
- Johnny S. Kim, Cynthia Franklin, Yingping Zhang, Xuanwen Liu, Yuanzhou Qu & Hong Chen (2015) *Solution-Focused Brief Therapy in China: A*

Meta-Analysis, *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 24:3, 187-201, DOI: [10.1080/15313204.2014.991983](https://doi.org/10.1080/15313204.2014.991983)

Kokkvoll, A., Grimsgaard, S., Ødegaard, R., Flægstad, T., & Njølstad, I. (2013). *Single versus multiple-family intervention in childhood overweight—Finnmark Activity School: A randomised trial*. *Archives of Disease in Childhood*. doi:10.1136/archdischild-2012-303571

McCallum, Z., Wake, M., Gerner, B., Baur, L. A., Gibbons, K., Gold, L., et al. (2007). *Outcome data from the LEAP (live, eat and play) trial: A randomized controlled trial of a primary care intervention for childhood overweight/mild obesity*. *International Journal of Obesity*, 31, 630–636

McCollum, E. E., Stith, S. M., & Thomsen, C. J. (2012). *Solution-focused brief therapy and medication adherence with schizophrenia patients*. In C. Franklin, T. S. Trepper, W.

Gingerich, & E. E. McCollum (Eds.), *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice* (pp. 196–202). New York: Oxford University Press.

Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams, J. W. (2012). *Brief psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis*. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 43, 129–151

Olfson, M., Blanco, C., Wang, S., & Greenhill, L. (2013). *Trends in office-based treatment of adults with stimulants in the United States*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 43–50.

Olfson, M., Blanco, C., Wang, S., Laje, G., & Correll, C. U. (2014). *National trends in the mental health care of children, adolescents, and adults by office-based physicians*. *JAMA Psychiatry*, 71, 81–90.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). *Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas*. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

Schmit, E., Schmit, M. & Lenz, A. (2016) *Meta-Analysis of solution-focused brief therapy for treating symptoms of internalizing disorders*. *Counseling Outcome Research*, 7, 21-39

SFBTA. (2013). *Solution focused therapy treatment manual for working with individuals* 2nd version. Retrieved from <http://www.sfbta.org/researchDownloads.html>

Smith, S., & Kirkpatrick, P. (2013). *Use of solution-focused brief therapy to enhance therapeutic communication in patients with COPD*. *Primary Health Care*, 23, 27–32.

Valve, P., Lehtinen-Jacks, S., Eriksson, T., Lehtinen, M., Lindfors, P., Saha, M. T., et al. (2013). *LINDA: A solution-focused lowintensity intervention aimed at improving health behaviors of young females: A cluster-randomized controlled trial*. *BMC Public Health*, 13, 1.

Vogelaar, L., Van't Spijker, A., Timman, R., van Tilburg, A. J., Bac, D., Vogelaar, T., et al. (2014). *Fatigue management in patients with IBD: A randomised controlled trial*. *Gut*, 63, 911–918.

Kuipers, E. J., et al. (2011). *Solution focused therapy: A promising new tool in the management of fatigue in Crohn's disease patients: Psychological interventions for the management of fatigue in Crohn's disease*. *Journal of Crohn's and Colitis*, 5, 585–591.

Wake, M., Bau, L. A., Gerner, B., Gibbons, K., Gold, L., Gunn, J., et al. (2009). *Outcomes and costs of primary care surveillance and intervention for overweight or obese children: The LEAP 2 randomised controlled trial*. *British Medical Journal*, 339, b3308.

Wiechman, S. A., Carrougher, G. J., Esselman, P. C., Klein, M. B., Martinez, E. M., Engrav, L. H., et al. (2015). *An expanded delivery model for outpatient burn rehabilitation*. *Journal of Burn Care & Research*, 36, 14–22.

Zhang, A., Frnaklin, C. & Kim, J. (2018). *The effectiveness of solution focused brief therapy in medical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *J behav med*, 41, 139-151

Apéndice A. Estrategia de búsqueda por cada base de datos analizada

MEDLINE

1	*Psychotherapy, Brief/ed, mt [Education, Methods]	1354
2	(("focused solution" or "focused-solution" or "solution focused" or "solution-focuse	213
3	brief therapy.ti,ab.	293
4	1 or 2 or 3	1693
5	systematic\$ review\$.ti,ab.	249435
6	meta-analysis as topic/	21364
7	meta-analytic\$.ti,ab.	8824
8	meta-analysis.ti,ab,pt.	230748
9	metanalysis.ti,ab.	421
10	metaanalysis.ti,ab.	1755
11	meta analysis.ti,ab.	200810
12	meta-synthesis.ti,ab.	1233
13	metasynthesis.ti,ab.	403
14	meta synthesis.ti,ab.	1233
15	meta-regression.ti,ab.	10982
16	metaregression.ti,ab.	869
17	meta regression.ti,ab.	10982
18	(synthes\$ adj3 literature).ti,ab.	4914
19	(synthes\$ adj3 evidence).ti,ab.	14784
20	integrative review.ti,ab.	4163
21	data synthesis.ti,ab.	13186
22	(research synthesis or narrative synthesis).ti,ab.	5462
23	(systematic study or systematic studies).ti,ab.	13958
24	(systematic comparison\$ or systematic overview\$).ti,ab.	4109
25	evidence based review.ti,ab.	2266
26	comprehensive review.ti,ab.	20929
27	critical review.ti,ab.	18148
28	quantitative review.ti,ab.	763
29	structured review.ti,ab.	958
30	realist review.ti,ab.	482
31	realist synthesis.ti,ab.	300
32	or/5-31	457501
33	review.pt.	2986760
34	medline.ab.	146591
35	pubmed.ab.	171734
36	cochrane.ab.	114311
37	embase.ab.	129531
38	cinahl.ab.	37786
39	psyc?lit.ab.	917
40	psyc?info.ab.	50068
41	(literature adj3 search\$.ab.	79964
42	(database\$ adj3 search\$.ab.	82712
43	(bibliographic adj3 search\$.ab.	3296
44	(electronic adj3 search\$.ab.	29155
45	(electronic adj3 database\$.ab.	40501
46	(computeri?ed adj3 search\$.ab.	3789
47	(internet adj3 search\$.ab.	3943
48	included studies.ab.	35919
49	(inclusion adj3 studies).ab.	21989
50	inclusion criteria.ab.	112929

51	selection criteria.ab.	33903
52	predefined criteria.ab.	2330
53	predetermined criteria.ab.	1201
54	(assess\$ adj3 (quality or validity)).ab.	100543
55	(select\$ adj3 (study or studies)).ab.	81823
56	(data adj3 extract\$).ab.	84509
57	extracted data.ab.	18424
58	(data adj2 abstracted).ab.	6127
59	(data adj3 abstraction).ab.	2056
60	published intervention\$.ab.	227
61	((study or studies) adj2 evaluat\$).ab.	225007
62	(intervention\$ adj2 evaluat\$).ab.	13880
63	confidence interval\$.ab.	505951
64	heterogeneity.ab.	206139
65	pooled.ab.	113584
66	pooling.ab.	14908
67	odds ratio\$.ab.	329907
68	(Jadad or coding).ab.	216464
69	or/34-68	1793140
70	33 and 69	298840
71	review.ti.	604937
72	71 and 69	219139
73	(review\$ adj4 (papers or trials or studies or evidence or intervention\$ or evaluation	230299
74	32 or 70 or 72 or 73	737037
75	letter.pt.	1180780
76	editorial.pt.	605556
77	comment.pt.	964244
78	75 or 76 or 77	2062780
79	74 not 78	719752
80	exp animals/ not humans/	5007503
81	79 not 80	702851
82	Randomized Controlled Trials as Topic/	155364
83	randomized controlled trial/	568461
84	Random Allocation/	106852
85	Double Blind Method/	171720
86	Single Blind Method/	31920
87	clinical trial/	535065
88	clinical trial, phase i.pt.	23833
89	clinical trial, phase ii.pt.	37991
90	clinical trial, phase iii.pt.	20550
91	clinical trial, phase iv.pt.	2328
92	controlled clinical trial.pt.	94870
93	randomized controlled trial.pt.	568461
94	multicenter study.pt.	321337
95	clinical trial.pt.	535065
96	exp Clinical Trials as topic/	374042
97	or/82-96	1514697
98	(clinical adj trial\$).tw.	436150
99	((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.	188458
100	PLACEBOS/	35916
101	placebo\$.tw.	235714
102	randomly allocated.tw.	33525
103	(allocated adj2 random\$).tw.	37118
104	or/98-103	727701
105	97 or 104	1826035
106	case report.tw.	362452
107	letter/	1180780
108	historical article/	368372
109	or/106-108	1893797
110	105 not 109	1784859
111	4 and 81	86
112	4 and 110	669

EMBASE

	Results
	243
#135	
#4 AND #133	
	63
#134	
#4 AND #103	
	1,916,332
#133	
#123 NOT #132	
	6,787,956
#132	
#124 OR #125 OR #126 OR #127 OR #128 OR #129 OR #130 OR #131	
	737,118
#131	
'note'/it	
	589,513
#130	
'editorial'/it	
	0
#129	
'conference proceeding'/it	
	3,293,251
#128	
'conference abstract'/it	
	749,308
#127	
'conference paper'/it	
	1,084,800
#126	
'abstract report'/de OR 'letter'/de	
	388,379
#125	
'case report':ti,ab	
	58,795
#124	
'case study'/de	
	2,100,849
#123	
#104 OR #105 OR #106 OR #107 OR #108 OR #109 OR #110 OR #111 OR #112 OR #113 OR #114 OR #115 OR #116 OR #117 OR #118 OR #119 OR #120 OR #121 OR #122	
	500,308

#122		
	'prospective study'/de	
		284,931
#121		
	placebo*:ti,ab	
		1,015
#120		
	((treble OR triple) NEAR/1 blind*):ti,ab	
		196,554
#119		
	'double blind*':ti,ab	
		22,356
#118		
	'single blind*':ti,ab	
		38,813
#117		
	(random* NEAR/2 allocat*):ti,ab	
		31,466
#116		
	rct:ti,ab	
		194,912
#115		
	'randomi*ed controlled trial*':ti,ab	
		336,229
#114		
	'placebo'/de	
		58,081
#113		
	'crossover procedure'/de	
		157,909
#112		
	'double blind procedure'/de	
		34,003
#111		
	'single blind procedure'/de	
		81,184
#110		
	'randomization'/exp	
		3,304
#109		
	'phase 4 clinical trial'/de	
		38,105
#108		
	'phase 3 clinical trial'/de	
		206,417

#107		
	'multicenter study'/de	
		426,215
#106		
	'controlled clinical trial'/de	
		536,242
#105		
	'randomized controlled trial'/de	
		963,806
#104		
	'clinical trial'/de	
		1,016,720
#103		
	#101 NOT #102	
		3,186,763
#102		
	'conference abstract':it	
		816,233
#101		
	#99 NOT #100	
		19,732
#100		
	'cochrane database of systematic reviews*':jt OR 'the cochrane database of systematic reviews':jt	
		833,568
#99		
	#97 NOT #98	
		6,061,693
#98		
	('animal' OR 'nonhuman') NOT 'human'/exp	
		867,037
#97		
	#93 NOT #96	
		1,603,594
#96		
	#94 OR #95	
		574,059
#95		
	'editorial':it	
		1,029,535
#94		
	letter:it	
		883,917
#93		
	#48 OR #88 OR #90 OR #91 OR #92	

	24,977
#92	
(retriev* NEAR/10 (papers OR trials OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab	
	471,317
#91	
(review* NEAR/10 (papers OR trials OR 'trial data' OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab	
	134,545
#90	
#86 AND #89	
	470,629
#89	
review:ti	
	212,231
#88	
#86 AND #87	
	2,406,018
#87	
review:it	
	1,711,144
#86	
#49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85	
	121,33
#85	
'evidence-based':ti,ab	
	191,297
#84	
jadad:ab OR coding:ab	
	286,543
#83	
'odds ratio*':ab	
	14,084
#82	
pooling:ab	
	103,902
#81	
pooled:ab	
	179,084
#80	
heterogeneity:ab	
	420,556
#79	

	'confidence interval*':ab	
		13,426
#78	(intervention* NEAR/2 evaluat*):ab	
		228,343
#77	((study OR studies) NEAR/2 evaluat*):ab	
		186
#76	'published intervention*':ab	
		1,913
#75	(data NEAR/2 abstraction):ab	
		7,688
#74	(data NEAR/2 abstracted):ab	
		15,268
#73	'extracted data':ab	
		69,351
#72	(data NEAR/3 extract*):ab	
		75,318
#71	('select*' NEAR/3 (study OR studies)):ab	
		88,16
#70	('assess*' NEAR/3 (quality OR validity)):ab	
		1,189
#69	'predetermined criteria':ab	
		2,281
#68	'predefined criteria':ab	
		32,413
#67	'selection criteria':ab	
		118,072
#66	'inclusion criteria':ab	
		15,994
#65	('inclusion' NEAR/3 'studies'):ab	
		22,012
#64		

'included studies':ab	
	3,725
#63	
(internet NEAR/3 search*):ab	
	3,97
#62	
(computeri*ed NEAR/3 search*):ab	
	30,557
#61	
('electronic' NEAR/3 'database*'):ab	
	21,355
#60	
('electronic' NEAR/3 'search*'):ab	
	2,483
#59	
('bibliographic' NEAR/3 'search*'):ab	
	59,334
#58	
('database*' NEAR/3 'search*'):ab	
	62,004
#57	
('literature' NEAR/3 'search*'):ab	
	6,467
#56	
lilacs:ab	
	22,035
#55	
psyc*info:ab	
	981
#54	
psyc*lit:ab	
	24,103
#53	
cinahl:ab	
	85,375
#52	
embase:ab	
	81,877
#51	
cochrane:ab	
	107,39
#50	
pubmed:ab	
	117,904
#49	

medline:ab	457,479
#48	
#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47	32,282
#47	
('search' NEAR/1 (strateg* OR term*)):ti,ab	21,167
#46	
'medline':ti,ab AND (('inclusion' NEAR/3 'criteria'):ti,ab)	2,574
#45	
('pooled data' NEAR/6 (studies OR trials)):ti,ab	16,721
#44	
('pooled' NEAR/2 'analysis'):ti,ab	153
#43	
'realist synthesis':ti,ab	226
#42	
'realist review':ti,ab	943
#41	
'structured review':ti,ab	693
#40	
'quantitative review':ti,ab	8,011
#39	
'critical analysis':ti,ab	16,112
#38	
'critical review':ti,ab	13,949
#37	
'comprehensive review':ti,ab	3,289
#36	
('evidence-based' NEAR/2 'review'):ti,ab	13
#35	

	('literature review' NEAR/2 'adverse event*'):ti,ab	
		3
#34		
	('literature review' NEAR/2 'adverse effect*'):ti,ab	
		16
#33		
	('literature review' NEAR/2 'side effect*'):ti,ab	
		1,594
#32		
	(review NEAR/3 'scientific literature'):ti,ab	
		267
#31		
	'systematic* literature research*':ti,ab	
		25,055
#30		
	(systematic NEAR/2 search*):ti,ab	
		3,155
#29		
	'systematic comparison*':ti,ab OR 'systematic overview*':ti,ab	
		11,476
#28		
	'systematic study':ti,ab OR 'systematic studies':ti,ab	
		2,367
#27		
	'research synthesis':ti,ab OR 'narrative synthesis':ti,ab	
		11,899
#26		
	'data synthesis':ti,ab	
		2,021
#25		
	'integrative review':ti,ab	
		2,081
#24		
	(synthes* NEAR/2 qualitative):ti,ab	
		9,063
#23		
	(synthes* NEAR/3 evidence):ti,ab	
		3,131
#22		
	(synthes* NEAR/3 literature):ti,ab	
		7,133
#21		
	'meta regression':ti,ab	
		869
#20		

	'metaregression':ti,ab	7,133
#19		
	'meta-regression':ti,ab	674
#18		
	'meta synthesis':ti,ab	288
#17		
	'metasynthesis':ti,ab	674
#16		
	'meta-synthesis':ti,ab	147,324
#15		
	'meta analysis':ti,ab	6,956
#14		
	'metaanalysis':ti,ab	470
#13		
	'metanalysis':ti,ab	147,324
#12		
	'meta-analysis':ti,ab	0
#11		
	'meta-analitic*':ti,ab	38,062
#10		
	'meta analysis (topic)'	226,151
#9		
	'meta analysis'	22,481
#8		
	'systematic review (topic)'	235,143
#7		
	'systematic review'	11,845
#6		
	'systematic* literature review*':ti,ab	140,378
#5		

'systematic review':ti,ab	
	1,035
#4	
#1 OR #2 OR #3	
	477
#3	
'brief therapy':ti,ab	
	334
#2	
('focused solution':ti,ab OR 'focused-solution':ti,ab OR 'solution focused':ti,ab OR 'solution-focused':ti,ab) AND therapy:ti,ab	
	385
#1	
'short term psychotherapy'/exp	

CINAHL

S35	S4 AND S33	Amplificadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	450
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S34	S4 AND S23	Amplificadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	96
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S33	S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32	Amplificadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	1,823,345
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S32	TX allocat* random*	Amplificadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	26,624
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	

S31	(MH "Quantitative Studies")	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	31,995
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S30	(MH "Placebos")	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	13,687
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S29	TX placebo*	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	137,281
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S28	(MH "Random Assignment")	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	73,794
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S27	TX randomi* control* trial*	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	349,649

		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S26	TX ((singl* n1 blind*) or (singl* n1 mask*)) or TX ((doubl* n1 blind*) or (doubl* n1 mask*)) or TX ((tripl* n1 blind*) or (tripl* n1 mask*)) or TX ((trebl* n1 blind*) or (trebl* n1 mask*))	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	1,287,221
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S25	TX clinic* n1 trial*	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	441,427
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S24	(MH "Clinical Trials+")	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	338,091
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S23	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S20 OR S21 OR S22	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	674,759

		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S22	AB systematic* N10 overview* or AB methodologic* N10 overview* or AB quantitative* N10 overview* or AB research* N10 overview* or AB literature* N10 overview* or AB studies N10 overview* or AB trial* N10 overview* or AB effective* N10 overview*	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	11,033
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S21	AB systematic* N10 review* or AB methodologic* N10 review* or AB quantitative* N10 review* or AB research* N10 review* or AB literature* N10 review* or AB studies N10 review* or AB trial* N10 review* or AB effective* N10 review*	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	257,472

		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S20	S18 AND S19	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	160,248
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S19	AB systematic* or AB methodologic* or AB quantitative* or AB research* or AB literature* or AB studies or AB trial* or AB effective*	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	2,729,507
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S18	PT review	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	344,356
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S17	TX electronic* N2 database* or TX electronic* N2 data base* or TX bibliographic* N2 database* or TX bibliographic* N2 data base*	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	32,841

		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S16	(MH "Reference Databases+") or (MH "Reference Databases, Health+")	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	93,635
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S15	TX hand N2 search* or TX manual N2 search* or TX database* N2 search* or TX computer* N2 search*	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	67,919
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S14	TX pooled analy* or TX data N2 pool*	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	36,283
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S13	TX medline or medlars or embase or scisearch or psycinfo or psychinfo or psychlit or psychlit	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	138,206
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	

			Base de datos - CINAHL Complete	
S12	TX syntheses* N3 literature* or TX syntheses* N3 research or TX syntheses* N3 studies or TX syntheses* N3 data	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	38,658
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S11	(MH "Literature Searching+") or (MH "Computerized Literature Searching+")	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	8,01
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S10	TI review* or TI overview*	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	279,654
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S9	PT systematic review	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	129,387
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	

S8	PT nursing interventions	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	1,879
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S7	AB cochrane or TI cochrane	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	49,349
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S6	TI meta-analy* or AB meta-analy*	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	93,726
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S5	TI metaanaly* or AB metaanaly*	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	1,319
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S4	S1 OR S2 OR S3	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	842

		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S3	TI "brief therapy" OR AB "brief therapy"	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	264
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S2	TI (("focused solution" or "focused-solution" or "solution focused" or "solution-focused") and therapy) OR AB (("focused solution" or "focused-solution" or "solution focused" or "solution-focused") and therapy))	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	320
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	
S1	(MM "Psychotherapy, Brief/MT/ED")	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	452
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - CINAHL Complete	

PSYCINFO

S6	S1 OR S2	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	20
		Especificar por Methodology: - meta analysis	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
		Especificar por Methodology: - systematic review	Base de datos - APA PsycInfo	
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase		
S5	S3 AND S4	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	61
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - APA PsycInfo	

S4	MM "Clinical trials" OR MR ("Treatment Effectiveness Evaluation") OR TI ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*)) OR AB ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*)) OR KW ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*))	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	116,602
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - APA PsycInfo	
S3	S1 OR S2	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	2,373
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - APA PsycInfo	
S2	TI "brief therapy" OR AB "brief therapy"	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	1,658

		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - APA PsycInfo	
S1	TI (("focused solution" or "focused-solution" or "solution focused" or "solution-focused") and therapy))) OR AB (("focused solution" or "focused-solution" or "solution focused" or "solution-focused") and therapy)))	Amplidores - Aplicar materias equivalentes	Interfaz - EBSCOhost Research Databases	1,326
		Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada	
			Base de datos - APA PsycInfo	

Apéndice B. AMSTAR-2 Herramienta de evaluación crítica de revisiones sistemáticas de estudios en intervenciones en salud

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí	Opcional	
<input type="checkbox"/> Población	<input type="checkbox"/> Ventana temporal de seguimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Intervención		
<input type="checkbox"/> Comparación		
<input type="checkbox"/> Resultado (Outcome)		

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí Parcial	Sí	
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluya TODO lo siguiente:	Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí Parcial <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Pregunta(s) de la revisión	<input type="checkbox"/> Un meta-análisis / plan de síntesis, si aplicara, y	
<input type="checkbox"/> Una estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/> Un plan para investigar causas de heterogeneidad	
<input type="checkbox"/> Criterios de inclusión / exclusión	<input type="checkbox"/> Justificación para cualquier desviación del	
<input type="checkbox"/> Evaluación del riesgo de sesgo		

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer UNA de las siguientes opciones:	
<input type="checkbox"/> Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA), o	
<input type="checkbox"/> Explicación para incluir ambos: ECA y EINA	

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente):	Para sí, también debería tener (TODO lo siguiente):	
<input type="checkbox"/> Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	<input type="checkbox"/> Haber buscado en listas de referencias / bibliografía de los estudios incluidos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí Parcial <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/> Haber buscado en registros de ensayos/estudios	
<input type="checkbox"/> Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)	<input type="checkbox"/> Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio	
	<input type="checkbox"/> Haber buscado literatura gris, si correspondiese	
	<input type="checkbox"/> Haber realizado la búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión protocolo	

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:	
<input type="checkbox"/> Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor	

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:	
<input type="checkbox"/> Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor	

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente):	Para sí, también describe (TODO lo siguiente):	
<input type="checkbox"/> Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión	<input type="checkbox"/> Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí Parcial <input type="checkbox"/> No

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente):	Para sí, también describe (TODO lo siguiente):	
<input type="checkbox"/> Poblaciones	<input type="checkbox"/> Población en detalle	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí Parcial <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Intervenciones	<input type="checkbox"/> Ámbito del estudio	
<input type="checkbox"/> Comparadores	<input type="checkbox"/> Marco temporal para el seguimiento	
<input type="checkbox"/> Resultados	<input type="checkbox"/> Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)	
<input type="checkbox"/> Diseños de investigación		

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)		
Para sí parcial debe haber valorado:	Para sí, también debe haber valorado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí Parcial <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sólo incluye EINA
<input type="checkbox"/> Enmascaramiento de la asignación, y	<input type="checkbox"/> Generación de la secuencia aleatoria, y	
<input type="checkbox"/> cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	<input type="checkbox"/> reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	
Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)		
Para sí parcial debe haber valorado:	Para sí, también debe haber valorado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí Parcial <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sólo incluye EINA
<input type="checkbox"/> Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/> Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y	
<input type="checkbox"/> sesgo de selección	<input type="checkbox"/> reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

Para sí:	
<input type="checkbox"/> Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión Nota: informar que los revisores buscaron esta información pero que no fue reportado por los autores del estudio, también califica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)	
Para sí:	
<input type="checkbox"/> Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Meta-Análisis
<input type="checkbox"/> utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e	
<input type="checkbox"/> investigaron las causas de la heterogeneidad	
Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)	
Para sí:	
<input type="checkbox"/> Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Meta-Análisis
<input type="checkbox"/> utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, y	
<input type="checkbox"/> combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron ajustados por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y	
<input type="checkbox"/> reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión	

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

Para sí:	
<input type="checkbox"/> Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Meta-Análisis
<input type="checkbox"/> Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las estimaciones sumarias del efecto	

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

Para sí:	
<input type="checkbox"/> Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de sesgo en los resultados.	

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

Para sí:	
<input type="checkbox"/> No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.	

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

Para sí:	
<input type="checkbox"/> Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Meta-Análisis

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

Para sí:		
<input type="checkbox"/>	Los autores informaron carecer de conflicto de intereses, o	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/>	Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses.	<input type="checkbox"/> No

Apéndice C. Lista de verificación de evaluación crítica de JBI para ensayos controlados aleatorios.

	Sí	No	Confuso
1. ¿Se utilizó la verdadera asignación al azar para la asignación de los participantes a los grupos de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se ocultó la asignación a los grupos de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Los grupos de tratamiento fueron similares al inicio del estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Los participantes fueron ciegos a la asignación de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Los que administraban el tratamiento eran ciegos a la asignación de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Los evaluadores de resultados fueron ciegos a la asignación del tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Los grupos de tratamiento fueron tratados de manera idéntica aparte de la intervención de interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se completó el seguimiento y, de no ser así, se describieron y analizaron adecuadamente las diferencias entre los grupos en cuanto a su seguimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>