

Universidad de Oviedo
Departamento de Psicología

TESIS DOCTORAL:

DISFUNCIONES PSÍQUICAS, TAREAS TERAPÉUTICAS Y
EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA

Autor: Esteban Ezama Coto
Directora: Dra. Yolanda Fontanil Gómez

Oviedo, 2012

INFORME SOBRE EL FACTOR DE IMPACTO DE LAS PUBLICACIONES

Tesis doctoral: *Disfunciones Psíquicas, Tareas Terapéuticas y Efectividad de la Psicoterapia*

Doctorando: Estaban Ezama Coto

Universidad de Oviedo

Publicación 1.

Ezama-Coto, E., Fontanil-Gómez, Y., Galván-Fernández, S., Rodríguez-Blanco, C. y Toribios-Álvarez, A. (2000). Nuevas puertas en entrevistas de psicoterapia: exploración sobre las etapas delegadas en la búsqueda de soluciones *Psicothema*, 12(4), 682-694.

Factor de impacto ISI: 0,473;

Factor de impacto IN RECS: 0,538

Publicación 2.

Ezama, E., Alonso, Y., González, S., Galván, S. y Fontanil, Y. (2011). Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia? *Psicothema*, 23(4), 566-572.

Factor de impacto ISI: 1,016

Publicación 3.

Ezama, E., Fontanil, Y. y Alonso, Y. (2012). Calidad de la sesión, ajuste en las tareas y efectividad de las sesiones psicoterapéuticas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (2), 245-260.

El índice bibliométrico IN RECS aún no ha sido calculado para el año 2012. La valoración SJR (SCImago Journal Rank) de Scopus para 2011 sitúa esta revista en el segundo cuartil (Q2) de la categoría *Clinical Psychology*. Su factor de impacto para el año 2010 puede verse más abajo.

Publicación 4.

Ezama, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 293-314.

Factor de impacto IN RECS: 0,899

Índice

Presentación.....	3
1. Introducción.....	5
1.1. La efectividad de la psicoterapia.....	5
1.2. La efectividad de los consultantes.....	12
1.3. La teoría del cambio de los clientes.....	18
1.4. La idea de ajuste.....	23
1.5. La psicoterapia como alianza	24
2. Objetivos.....	29
3. Tareas terapéuticas y efectividad de la psicoterapia.....	30
3.1. Artículo. Nuevas puertas en entrevistas de psicoterapia: exploración sobre las etapas delegadas en la búsqueda de soluciones.....	30
3.2. Artículo. Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia?	44
3.3. Artículo: Calidad de la sesión, ajuste en las tareas y efectividad de las sesiones psicoterapéuticas.....	52
4. Disfunciones Psíquicas.....	69
4.1. Artículo. Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología	69
5. Discusión de resultados.....	92
5. Discusión de resultados.....	93
5.1. Exploración sobre las etapas delegadas en la búsqueda de soluciones.....	94
5.2. ¿Qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia?.....	98
5.3. Ajuste en las tareas, satisfacción y efectividad.....	99
5.4. Las escenas de las que se habla y la psicopatología.....	101
6. Conclusiones.....	105
6.1. Investigaciones futuras.....	109
Referencias.....	112
Apéndice.....	118
Hopes.....	118

Agradecimientos

A Yolanda F, el principio del todo y la vida restante.

A Amadeo, Ana, Aristi, Carmen, Elena, Isa, Ramón y Tuní, que estuvieron y siguen cerca, desde hace tanto.

A Cristina, Roxana y Yolanda MH, que vinieron luego y quisieron quedarse.

A Yolanda A, que nos volvió a poner en marcha y nos mantiene en movimiento.

Y a Adriana, Almudena, Amalia, Ana S, Ángeles, Anina, Carlos, Graciela, Javi, Javier, Juan, Marco, Merche, Natalia, Noelia, Patricia, Paula, Raquel, Raquel N., Rebeca, Sandra, Sonia, Verónica... con quien fue tan bueno hablar y pensar sobre la vida de otros y también sobre la nuestra.

Y a Tomás

Y a Pura

y disculpas

A todo los contribuidores ignorados. A todos los que hayamos podido plagiar involuntariamente, cuando tomamos por una idea original algo que hemos leído o escuchado. Rogamos que se entienda nuestra apropiación como un homenaje... y que alguien nos señale el plagio. A la hora de defender ideas es bueno no estar solo.

A todos los que hayamos atribuido ideas que no son tuyas, especialmente si las que les hemos atribuido no coinciden con las nuestras. Si coinciden, valga la atribución como elogio. No siempre será halagador, pero nuestra intención ha sido buena.

Presentación

Esta tesis está redactada en primera persona del plural. Examinando su contenido se entiende rápidamente que no es una cuestión de estilo. Lo que presento para solicitar mi cualificación como doctor es el trabajo de muchas personas. Siete, incluyéndome a mí, figuramos como autores de las publicaciones que presento, pero muchas más han contribuido a lo que sigue.

Los trabajos que presentamos han tenido una génesis muy larga. El de origen más antiguo, el cuarto en la presentación, tardó en gestarse diecinueve años. El primer trabajo se elaboró en poco tiempo, a penas en un año; pero su continuación no vino con un trabajo de investigación rápido y publicable, si no con un procedimiento de trabajo que nos ayuda a guiar nuestra labor como psicoterapeutas desde entonces. Una parte de los muchos datos que hemos recopilado fueron analizados, con empeño, tiempo y compañía, diez y once años mas tarde.

Las primeras versiones del cuarto trabajo circularon durante mucho tiempo entre amigos y estudiantes; pero parecía imposible hacer entender lo que defendíamos sin añadir mucho diálogo al escrito. Afortunadamente ese diálogo y el mundo académico nos fueron ayudando. Los diálogos fueron organizando las ideas, pero las ideas también se fueron haciendo menos insólitas en el ámbito de la Psicología Clínica y otras autoras y otros textos nos sirvieron de ayuda para precisar, pensar y exponer lo que intentábamos decir.¹

La posición de este cuarto artículo en el conjunto es difícil. Bien se puede decir que el capítulo de introducción, que como se entenderá se ha escrito al final, tiene como objetivo responder a las preguntas que las lectoras se harían después de leer lo cuatro trabajos, y a una en especial: ¿Qué hace este artículo junto con estos tres? Bueno, la terminología que usamos en la introducción y la concepción general de lo que hacemos

¹ A lo largo del texto usamos indistintamente el masculino y el femenino como genéricos, refiriéndose ambos tanto a varones como a mujeres

en las psicoterapias se encuentra en ese texto. ¿Tendríamos que situarlo inmediatamente después de la introducción, siendo casi parte de ella? Ha sido difícil decidirlo porque la necesidad de una teoría del terapeuta acerca del cambio (y la psicopatología) que sea congruente con lo que sabemos que funciona en psicoterapia resulta apremiante cuando se analizan los resultados del estudio sobre la relación entre ajuste y efectividad. Es decir, después de discutir el tercer artículo. Por otro lado hay una discontinuidad temática clara entre “Pacientes” y la serie de las HOPES. Los tres artículos de esa serie se ocupan de los conocimientos que los consultantes desean obtener con la terapia, mientras que el artículo final habla de los sucesos que llevan a una persona a pedir ayuda.

1. Introducción

1.1. La efectividad de la psicoterapia

En principio la actividad que llamamos psicoterapia es fácil de reconocer cuando hay instituciones que otorgan títulos y programas de formación que capacitan para ejercerla a ciertas personas. Bien o mal, efectiva o no, psicoterapia es lo que hacen los psicoterapeutas. ¿Qué se supone que hacen los psicoterapeutas? Examinemos algunas definiciones:

La Psicoterapia (ejercida por médicos) consiste en una serie de procedimientos llevados a cabo por un médico entrenado para tratar enfermedades mentales, emocionales y psicosomáticas a través de la relación con el paciente en un encuadre individual, familiar o grupal, utilizando medios verbales o no verbales de comunicación (The Canadian Psychiatric Association, 2001).

El término psicoterapia, se refiere a intervenciones *planificadas y estructuradas* que tienen el objetivo de *influir* sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de *medios psicológicos*, verbales y no verbales. La psicoterapia no comprende el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Muchas técnicas y acercamientos, derivados de diversos fundamentos teóricos se han mostrado eficaces en el tratamiento de diversos trastornos mentales y de comportamiento (World Health Organization, 2001).

Cualquiera de un grupo de terapias, utilizada para tratar trastornos psicológicos, que se centran en el cambio de comportamientos defectuosos, pensamientos, percepciones y emociones que pueden estar asociadas con trastornos específicos (Gerrig y Zimbardo, 2002, citados en su página web por la American Psychological Association).

Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo. (...) La psicoterapia supone la posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse, 1997).

La Psicoterapia es primariamente un tratamiento interpersonal que esta basado en principios psicológicos e implica un terapeuta entrenado y un cliente que tiene un trastorno mental, problema o queja, y es adaptado o individualizado para el cliente en particular o su trastorno, problema o queja (Wampold, 2001).El autor de la última definición, Wampold, defiende en su influyente obra acerca de la eficacia de la psicoterapia que, si bien los estudios meta-analíticos demuestran sin lugar a dudas que la psicoterapia es una actividad eficaz, la comparación entre distintos enfoques no arroja diferencias significativas. En vez de una concepción de la eficacia como algo que depende de la aplicación de explicaciones y técnicas características de un enfoque, lo que el llama una concepción o modelo *médico*, Wampold defiende que la eficacia depende en realidad del contexto en el que pacientes y psicoterapeutas hablan del problema, trastorno o queja, lo que él llama *modelo contextual*.

Los componentes del modelo médico serían estos (Wampold, 2001: 13-14) :

Trastorno, problema o queja del cliente: Un cliente que es conceptualizado como teniendo un trastorno, problema o queja...El modelo médico de psicoterapia no requiere que un diagnóstico sea asignado a un cliente. Es suficiente que haya un sistema que identifique cualquier aspecto del cliente que es susceptible de cambio y que puede ser descrito de una manera para aquellos que suscriben un enfoque terapéutico dado.

Explicación psicológica para el trastorno, problema o queja. Se propone una explicación psicológica para el trastorno, problema o queja del cliente. Los distintos enfoques terapéuticos ofrecen explicaciones ampliamente variadas para un trastorno.

Mecanismos de cambio. El modelo médico de psicoterapia estipula que cada enfoque psicoterapéutico postula un mecanismo de cambio

Ingredientes terapéuticos específicos. En varios grados los enfoques psicoterapéuticos prescriben acciones terapéuticas específicas. La tendencia en las últimas décadas ha sido explicar cuidadosamente esas acciones en manuales, explicitando los ingredientes específicos que han de ser usados al tratar al cliente.

Especificidad. El modelo médico estipula que el cliente se presenta con un trastorno, problema o queja: el terapeuta se adscribe a una orientación teórica particular, la cual provee una explicación para el trastorno, problema o queja y una lógica del cambio y el terapeuta proporciona un tratamiento que contiene *los ingredientes terapéuticos específicos que son característicos de la orientación* así

como la explicación del trastorno, problema o queja. La especificidad, el aspecto crítico del modelo médico, implica que *los ingredientes terapéuticos específicos* son remedios para el trastorno, problema o queja. Esto es, en un modelo médico, los ingredientes específicos son considerados responsables (esto es, necesarios) para el cambio del cliente o para el progreso hacia las metas terapéuticas.

El término *ingredientes específicos* es introducido por Wampold (2001) para referirse a las *acciones terapéuticas esenciales y singulares de una teoría terapéutica*, es decir a las acciones que distinguen un enfoque terapéutico de los demás. En la caracterización de la Terapia de Conducta frente a la Terapia Psicodinámica, por ejemplo, acciones como *asignar tareas para casa, practicar el estilo asertivo en la sesión o hacer un contrato de contingencias* son ingredientes específicos de la primera, mientras que *centrarse en los determinantes inconscientes de la conducta, centrarse en las relaciones objetales internalizadas como causas históricas de los problemas actuales, centrarse en los mecanismos de defensa usados para evitar el dolor del trauma temprano y la interpretación de la resistencia* características esenciales y singulares de la Terapia Psicodinámica. Wampold llama *factores comunes* o aspectos secundarios, a acciones que son esenciales (necesarias), pero no singulares y a las acciones que son aceptables pero no necesarias. Por ejemplo: *establecer una alianza terapéutica, marcar metas para la terapia, la escucha empática, la planificación de la terminación*, serían acciones esenciales pero no singulares de ambos enfoques. *La exploración de la infancia* sería un aspecto esencial pero no singular para la Terapia Psicodinámica y otro tanto *proporcionar una justificación razonada del tratamiento* para la Terapia de Conducta. Para ambas terapias *parafrasear y la exposición de uno mismo (self-disclosure)*², serían acciones aceptables pero no necesarias. *Interpretar los sueños y proporcionar una justificación razonada del tratamiento* lo sería para la Terapia Psicodinámica y la *exploración de la infancia* lo sería para la Terapia de Conducta.

Como se verá extensamente en Ezama, Alonso y Fontanil (2010) coincidimos con el autor en rechazar el modelo médico pero algunas consideraciones nos llevarán a ver que él se fija en aspectos irrelevantes para nosotros. Si en la caracterización del modelo médico citada sustituimos “ingredientes específicos” por “acciones terapéuticas distintivas”, surge un aspecto que puede pasar desapercibido: los ingredientes específicos

² Que el terapeuta hable de su experiencia personal.

para el trastorno, problema o queja no tienen por qué ser distintivos de un tratamiento. Cuando sustituimos la descripción de uno de los componentes obtenemos este texto:

En varios grados los enfoques psicoterapéuticos prescriben *acciones terapéuticas distintivas*. La tendencia en las últimas décadas ha sido explicar esas acciones en manuales, explicitando cuidadosamente los ingredientes distintivos que han de ser usados al tratar al cliente.

Y parece que, en el contexto de “tratar el trastorno que tiene el cliente”, decimos algo diferente con este texto que con el original.

Si no malinterpretamos a Wampold, su idea es que en medicina se entiende que los pacientes, cuando tienen un problema médico, presentan un conjunto de signos y síntomas que son indicativos de un trastorno, que con el uso de una taxonomía que identifica esos signos y síntomas se puede diagnosticar (una tuberculosis, por ejemplo). El diagnóstico remite a una teoría más o menos discutida que proporciona una explicación (la proliferación de una bacteria, el bacilo de Koch, en los tejidos de un órgano, el riñón o el pulmón, por ejemplo) y esta remite a un mecanismo de cambio (el control de la infección) y a unos procedimientos *específicos*, la cirugía o la administración de determinadas sustancias antibióticas. La cuestión es que “específicos” significa, en este texto nuestro, *específicos para el problema*, mientras que “específicos” en el contexto de la discusión acerca de la eficacia de las terapias significaba *ingredientes distintivos de la terapia*. ¿Significa esto que cuando un terapeuta propone algo específico para cambiar algo que preocupa a un consultante (el miedo a la muerte por ejemplo) está adscribiéndose al modelo médico? ¿O que lo hace sólo cuando propone o hace algo que no hacen los terapeutas que no comparten su enfoque?

En el planteamiento de Wampold subyace una metáfora (aceptada probablemente a la vez que el desafío de probar ante las aseguradoras norteamericanas la efectividad de la psicoterapia), en el que *Terapia de Conducta* es a *miedo a la muerte* lo que *Penicilina* es a *tuberculosis*. O, en el mejor de los casos, *desensibilización sistemática* es a *miedo a la muerte* lo que *ablación de un lóbulo* es a *tuberculosis pulmonar*. La cuestión es que terapia de conducta es muchas cosas, muchas acciones, distintivas o no, y muchos procedimientos para

reconocer situaciones como *escena en la que un sujeto refuerza una conducta que no desea tener*. La comparación sería más adecuada (pero puede que más compleja y menos convincente para los mal dispuestos) si se equiparan “acciones” psicoterapéuticas (felicitar al consultante por su firmeza al defender un punto de vista) y “acciones” médicas (resecar un trozo de pulmón o administrar un antibiótico usando un gotero de solución salina). Un procedimiento puede ser muy específico y sin embargo muy poco característico de una escuela. Por ejemplo, una regla como “cuando el consultante no se muestra de acuerdo con la propuesta que la terapeuta acaba de hacer, esta debe preguntar por los inconvenientes que tendría aprobarla o llevarla a cabo” es muy específica y a la vez una práctica muy común.

Para caracterizar el modelo contextual, la alternativa que apoyan los estudios sobre la eficacia de los enfoques psicoterapéuticos según Wampold (2001), utiliza la definición de Frank y Frank (1991). Según ellos todas las psicoterapias comparten cuatro componentes:

- 1) Una relación de confianza con una persona que socorre.
- 2) Un escenario que se juzga como terapéutico, en el que los clientes creen que se puede confiar en que el profesional les ayudará.
- 3) Un terapeuta que ofrece una justificación creíble o un esquema teórico plausible para la comprensión de los síntomas del paciente, bien conforme con la visión del mundo, las actitudes y los valores previos del cliente o bien novedosos pero convincentes para él.
- 4) Un terapeuta que ofrece rituales o procedimientos creíbles para tratar los síntomas.

Y seis elementos serían comunes a esos rituales o procedimientos de las distintas terapias

- a) El terapeuta combate la desmoralización del cliente y la alienación estableciendo una fuerte relación con el paciente.
- b) El terapeuta da esperanzas de que el proceso terapéutico procurará mejorías, lo cual aumenta la expectativa del paciente.
- c) El terapeuta ofrece nuevas experiencias de aprendizaje.
- d) Las emociones del cliente son suscitadas y reprocesadas.
- e) El terapeuta facilita una sensación de dominio o auto-eficacia.
- f) El terapeuta ofrece oportunidades para que los clientes puedan practicar nuevos comportamientos.

Se entiende que los elementos que recoge el modelo contextual se refieren a acciones que realizan todos los terapeutas (sea cual sea su enfoque) pero que sólo de estos elementos depende el resultado de la terapia y que en lo que atañe al apartado 3) a diferencia de que sucede en el modelo médico

En el modelo contextual, los ingredientes específicos son necesarios para construir un tratamiento coherente en el que los terapeutas tengan fe y que provean una explicación racional a los clientes (Wampold 2001: 25)

Pero

El modelo contextual declara que los procedimientos del tratamiento son beneficiosos para el cliente por el significado atribuido a esos procedimientos en lugar de por sus efectos psicológicos específicos (op. cit. p.27)

Entendemos de nuevo, que específico no significa aquí “distintivo de la terapia” sino ajustado al problema.

Aceptar estas definiciones nos lleva a suponer que lo que hace o debe hacer una psicoterapeuta es:

I. Tratar enfermedades o trastornos o problemas de naturaleza emocional o quejas o producir cambios para mejorar la salud mental.

II. Creer que lo que hace:

- i. Cambia comportamientos defectuosos, pensamientos, percepciones y emociones del consultante, elimina, modifica o retarda síntomas preexistentes.
- ii. Mediatiza conductas perturbadas.
- iii. Promueve el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo.
- iv. O ayuda a las personas para que modifiquen características personales (sentimientos, valores, actitudes, comportamientos) que el terapeuta juzga como maladaptativos.

Pero a través de la investigación de resultados se demuestra que una parte de lo que hace sirve y otra parte no. Una parte inútil que, dependiendo del significado que se le le dé al término *especificidad*, sería:

- A) Todo lo que tiene que ver con explicar lo que le sucede al consultante y lo que ocasionaría un cambio (si “acción específica” significa *elegida en función de la situación y la meta deseada*).
- B) Todo lo que tiene que ver con lo que distingue a unas escuelas de otras a la hora de explicar lo que le sucede al consultante y lo que ocasiona los cambios (si “acción específica” significa *acción distintiva de un enfoque terapéutico*).

Desde luego nos inclinamos por la opción B, entre otras cosas porque, si consideramos la psicoterapia una más entre las actividades interpersonales en las que un sujeto facilita la consecución de las metas de otro sujeto, la opción A afectaría a la racionalidad de cualquier asesoramiento, consejo o recomendación (incluyendo las del propio Wampold en 2001). Si se acepta el buen hacer estadístico de Wampold y de los

autores en los que se apoya, la opción B reclama una actitud más humilde y pacífica ante los colegas partidarios de otros enfoques terapéuticos. Tras examinar el peso de distintos factores en los resultados de los ensayos clínicos dedicados a demostrar la eficacia de la psicoterapia y la superioridad de unos enfoques terapéutico sobre otros, Wampold (2001) concluye que el efecto absoluto de la *psicoterapia* (la diferencia de resultados entre los grupos con tratamiento y los grupos control) tiene un tamaño de 0,80. La diferencia entre tratamientos al comparar unos *enfoques* con otros (la eficacia relativa) tiene un tamaños de entre 0,00 y 0,20. La contribución de los *ingredientes específicos* un tamaño de 0,00. La *confianza de los consultantes* de que el tratamiento va a ser beneficioso (efecto placebo) un tamaño de 0,40; la *alianza terapéutica* de 0,45; la *lealtad de la terapeuta al enfoque* que aplica de más de 0,65 y la competencia del terapeuta en el tipo de psicoterapia que aplica, entre 0,50 y 0,60. No obstante una reconsideración de lo que sucede durante una psicoterapia, menos centrada en lo que sucede en los encuentros entre consultante y terapeuta y más en lo que contribuye a que la situación del consultante cambie, reclama mucha más humildad todavía.

1.2. La efectividad de los consultantes

Tal como nosotros lo vemos, una psicoterapia es una reunión o una serie de reuniones en las que una o varias consultantes hablan con una terapeuta a propósito de algo que sucede y que es indeseable para ellas. Los sucesos acontecen en escenas que rara vez la terapeuta puede presenciar y tienen lugar con más o menos frecuencia. Ese algo que sucede, que es indeseable para la persona que consulta, lo llamaremos en adelante *motivo o motivos de queja*. Las consultantes que acuden a una psicoterapia encuentran en sus vidas motivos de queja bien en sus propias acciones, pensamientos, emociones, percepciones o juicios o bien en las acciones de otras personas. Relatar los sucesos no deseados con más o menos detalle forma parte del procedimiento de las consultantes destinado a que la terapeuta haga algo para que los motivos de queja desaparezcan o se reduzcan. La terapeuta puede usar ese relato para identificar los motivos de queja como espécimen de un trastorno (operación que reclama la analogía de la terapia psicológica

con una terapia médica) o como resumen de un relato mucho más extenso por hacer o por contar.

La meta a la que los consultantes quieren llegar con la ayuda de la terapeuta es la *desaparición de los motivos de queja*. Esa meta se alcanza si los motivos de queja que llevan a la consultante a pedir ayuda no se producen y tampoco se producen otros nuevos indeseables como consecuencia del cambio. Las escenas que llevarán a las consultantes a concluir que sus motivos de queja se han reducido o desaparecido sucederán fuera de la sala de terapia, en ausencia de la terapeuta. Usando una terminología ya elaborada (Mackrill, 2011), la terapia es efectiva cuando las consultantes consiguen las *metas de vida* (*life goals*) que se proponen alcanzar con ayuda del terapeuta (p. ej. tener una mejor relación con la esposa), mediante la consecución de “*metas terapéuticas*” (*therapeutic goals*) realizando *tareas terapéuticas* (p. ej. “generar metas concretas específicas” al “responder a la pregunta del milagro”). *El cambio que determina la eficacia de la terapia*, y el que le importa al promotor de la psicoterapia (el cliente), *es la consecución de metas de vida propias*. Siguiendo a Dreier (2008), entendemos que “la terapia está destinada a trabajar sobre los problemas de los clientes en su vida cotidiana fuera de las sesiones”. Las metas terapéuticas son metas subsidiarias de las metas de vida que quieren alcanzar los consultantes. Hitos en un camino que los consultantes recorren casi en su totalidad en el intervalo entre sesiones, cuando la terapeuta no está presente.

La cuestión de la efectividad de la psicoterapia se puede plantear así: ¿lo que hace el consultante con el terapeuta en las sesiones le sirve para actuar, pensar, emocionarse y percibir en su vida cotidiana de manera y que esta cambie de forma deseable para él? El objetivo del consultante cuando decide pedir ayuda es cambiar su vida cotidiana: cambiar escenas en las que el terapeuta no participa. Pero la ayuda que obtiene de él es sólo una guía para construir los conocimientos que le permitirán percibir, emocionarse, pensar y actuar de otra manera. La tarea de la terapeuta es dar esa guía de manera útil para las consultantes, pero el trabajo terapéutico, el de cambiar su vida, lo hace el consultante solo y/o con otras personas que no son la terapeuta (los otros significativos – “la

familia”, en el sentido amplio que daba Jackson (1957) al término– o las figuras de apego).

En la psicoterapia se han de tener en cuenta dos tipos de escenas: i) aquellas en las que participa la terapeuta y ii) aquellas que o bien contienen los motivos de queja o bien están relacionadas con ellas (incluyendo aquellas en las que el consultante reflexiona sobre lo que sucede). Parece que las consideraciones de Frank y Frank (1991) y los factores considerados por Wampold hasta ahora tienen que ver con las escenas en las que participa la terapeuta y, sin embargo, sólo los factores comunes extra-terapéuticos en términos de Lambert (Asay y Lambert, 1999; Lambert y Barley, 2001), recogen el grueso del trabajo efectivo. Afortunadamente ya hay pocas dudas de que cuando una persona consulta con un psicoterapeuta tiene más posibilidades de hacer un trabajo eficaz (hasta un 79% más que si no consulta para Wampold 2001). Pero si son las acciones de los consultantes las que cambian los sucesos cotidianos, aunque sean facilitadas por los acciones de las terapeutas, habrá que indagar no sólo sobre la relación entre lo que hacen los terapeutas y el resultado de la terapia, sino y especialmente entre los que hacen los consultantes y el resultado de la terapia.

Con más o menos énfasis, en buena parte de la discusión sobre la efectividad de la psicoterapia, se sobrentiende que una relación terapéutica es una relación esencialmente asimétrica, en la que el que consulta ignora y el profesional sabe. Pero en lo que atañe a los motivos de queja es evidente que la terapeuta sabe de lo que ocurre sólo en la medida en que el consultante se esfuerza por relatarlo, lo hace de una manera suficientemente efectiva como para que la terapeuta lo entienda, es suficientemente perspicaz como para darse cuenta si no lo entiende y suficientemente confiado para corregirlo. Los conocimientos del psicoterapeuta tampoco le facultan para actuar en vez del consultante ni para actuar cómo un profesor de matemáticas ante el problema que el mismo ha puesto en la pizarra. Los problemas que encuentran el consultante en su vida no son problemas bien definidos, con un resultado inequívoco y unas operaciones conocidas. El terapeuta ni siquiera tiene los datos sobre los que operar. Quién tiene la información

acerca de las situaciones es la consultante e incluso cuando la terapeuta adivina como continuará un relato que inicia el consultante, depende de él para confirmarlo. En este caso la experta no puede saber sin ayuda y a ciencia cierta qué acciones necesita emprender la interlocutora para resolver el problema.

George Kelly decía que:

...En esta teoría [la Teoría de los Constructos Personales] la tarea del terapeuta es acompañar al cliente en su exploración (a través del único camino conocido por el hombre, la conducta) de las implicaciones de las construcciones que ha desarrollado para comprender la realidad. La terapia se vuelve un espacio en el que las construcciones son desarrolladas o bosquejadas y luego sometidas a prueba. No es una ciencia aplicada: es ciencia en estado puro, y los científicos son el cliente y el terapeuta. Además las respuestas a las que llegan nunca son inamovibles. Con algo de suerte, lo que la terapia desvela es una forma de afrontar la propia vida, no la respuesta a “¿Cómo debo vivir?” (Kelly, 2001:183)

Siguiendo la idea de Kelly, el cuadro más halagador para el profesional que podemos considerar de manera realista es el del terapeuta como director de una tesis doctoral. Un director puede facilitar una buena investigación y desde luego también puede obstaculizarla, pero no puede ocupar el puesto del doctorando. En nuestro caso ni siquiera puede estar sobre el terreno observando y ensayando. Salvo en circunstancias insólitas sólo puede preguntar y, con la información suministrada, pensar en qué haría él si estuviese sobre el terreno, dónde buscaría, cómo actuaría, etc. Sólo puede hacer eso y proponérselo al investigador de campo de la manera más clara y convincente que sea capaz. Sólo si el director se mantiene en el margen de intereses y posibilidades de acción del interlocutor, en la zona de sus habilidades consolidadas o en las de su zona de desarrollo próximo (para usar el esclarecedor concepto de Vygotsky), su ayuda puede resultar efectiva. Por lo demás, para el investigador-consultante la costosa tarea de relatar lo que ha encontrado es una actividad sumamente útil para entender él mismo lo que ha hecho y obtenido (si el experto le atiende y le valora, obviamente). Relatar obliga a representar lo que uno hace y las consecuencias de lo que hace. Esta tarea ayuda a que la experiencia pueda ser segmentada como una sucesión de acciones y consecuencias, y

generar a partir de cada acción el eje paradigmático de las distintas acciones que se podría haber realizado en su lugar (como si la acción fuese en la secuencia lo que una palabra en oración). Creemos que todo esto tiene que ver con la construcción de una explicación acerca de cómo se producen los motivos de queja y cómo eliminarlos.

Volviendo ahora a la cuestión de los actos distintivos de los enfoques terapéuticos podemos decir que operativamente tal vez las técnicas de los terapeutas, una vez asimiladas por los consultantes, sean más comunes de lo que puede parecer. Como las propuestas de los terapeutas no se hacen en el lenguaje del modelo sino en “lenguaje de consultante” y el consultante debe interpretarlas y reconstruirlas para guiarse luego por ellas (y/o guiar a otros significativos), bien podría suceder que propuestas de terapeutas de distintas escuelas, fuesen equivalentes para muchos consultantes como guía para pensar o actuar ante su problema. La “cultura común” de los consultantes (o “culturas más comunes”, si contamos con una pluralidad mayor) podría hacer que los ingredientes distintivos de cada terapia resulten mucho más escasos. Si usásemos como material de partida lo que los consultantes cuentan que hacen en las sesiones y en los intervalos entre sesiones en vez de lo que los terapeutas cuentan que hacen, este podría ser el panorama. Otra cuestión a considerar es que los terapeutas solemos poner a prueba en nuestra propia vida las técnicas que proponemos a nuestros consultantes, y que esa vida la hacemos con algunas personas que no son psicoterapeutas. Probablemente este ejercicio y el trabajo profesional haga que los psicoterapeutas más expertos hablen y piensen “en consultés” con más soltura y que resulte más fácil entenderse con los clientes y con los colegas de otras escuelas que se deciden a practicar el lenguaje llano. Hasta podría suceder que el eclecticismo sea integración en cultura común, más que yuxtaposición teórica. Esta podría ser la explicación del sorprendente resultado de Wampold de que la lealtad del terapeuta a su modelo tenga una relación tan fuerte con la eficacia de su terapia (op. ct. pp. 196-200).³

3 Una forma de ver lo que vale un enfoque terapéutico en comparación con los demás sería comparar las vidas de las terapeutas de distintas escuelas y las de sus próximos (familias, compañeros, subordinados, etc.). Si algún enfoque da ventajas a la hora de solucionar las situaciones problemáticas que se suceden en la vida, criar a los hijos, obtener ayuda de los amigos y de las parejas, cuidarlos, etc. debería ser especialmente notorio entre la gente que conoce mejor que nadie las herramientas del enfoque. Y viceversa.

Pero el papel del director de tesis también es otro, uno que Frank y Frank (1991) señalan muy bien en su esquema de terapia. Manteniendo el optimismo, elogiando, consolando, asegurando la disponibilidad futura, un buen director tiene gran parte de las funciones de una figura de apego. Un terapeuta mucho más. Mucho de lo que se dice de los factores comunes de la eficacia terapéutica se nos antojan los factores comunes de una buena relación de cuidado-apego (vid. Bowlby, 1988). Los resultados acerca de los factores comunes podrían estar diciéndonos algo que ya nos han dicho las investigaciones longitudinales acerca de los estilos de cuidado, los estilos de apego y el desarrollo psicológico. Es decir, la relación terapéutica puede ser eficaz por la misma razón por la que es eficaz una relación de apego seguro. En muchos casos porque suple una carencia: la de una relación con función de base segura desde la que reflexionar y de refugio seguro en la que sosegar. Y si la terapia es eficaz porque es experiencia correctora, los estudios acerca de lo que tienen en común las psicoterapias nos puede indicar algo que suele tener en común la vida de las personas que se encuentran atrapadas en situaciones que les hacen fracasar y sufrir. Una forma de concebir la psicoterapia es considerarla como la clase de conversaciones que, si los consultantes tuviesen con sus figuras de apego, les facilitarían la construcción de conocimientos efectivos para la resolución de las disfunciones que se van generando al intentar adaptarse a circunstancias y tareas cambiantes con recursos y apoyos limitados.

Todo esto pone el acento en el papel de agente que tiene el consultante en la terapia, no sólo de protagonista de su queja, si no de protagonista de su solución. Con esto un elemento fundamental del modelo médico no resulta aplicable: el “paciente” ya es agente y tiene mucho que pensar, que explicar y que esforzarse para solucionar lo que le daña. Por otro lado el carácter simplificador del modelo médico, que reduce las peripecias de la vida a *un diagnóstico* y las innumerables alternativas de actuación a *un tratamiento* también se esfuman. El ingenio pasa a ocupar un lugar central, porque los contextos son tan variados como los del propio médico cuando trabaja en una organización (ambiciones, presiones, sacrificios, traiciones, apoyos, esperanzas y frustraciones). Pero la inconveniencia de la analogía es más profunda, mucho más. La concepción del trastorno

mental como objeto de estudio de la Psicopatología, la concepción de un criterio de *normalidad* puramente consensual, la desconsideración absoluta con la complejidad de la vida cotidiana, el simplismo radical de las explicaciones acerca de la actividad de los seres vivos, incluyendo a los seres humanos (enfermos sobre todo), la extrañísima incongruencia entre cómo se considera uno a sí mismo como científico (heredero de Darwin) y cómo se considera uno a sí mismo como organismo... tiene repercusiones muy profundas, no sólo para la psicoterapia sino también para la medicina del antibiótico y el bisturí. El cuarto artículo que presentamos pretende poner cimientos para construir una Psicopatología alternativa a la del modelo médico (una Psicopatología que se asienta sobre el concepto de *disfunción*, en vez del de *enfermedad*), que se articule y organice sobre la base de lo que se sabe de psicología del desarrollo normal y que ayude a las psicoterapeutas a construir relaciones de apoyo eficaces.

1.3. La teoría del cambio de los clientes

Cuando emprendimos el primer estudio publicado de esta serie de trabajos, la idea de que la colaboración entre consultantes y terapeutas era fundamental para la terapia estaba muy asentada en nuestra forma de trabajar. El primer uso que le habíamos dado al sistema de análisis de la interacción que construimos para caracterizar lo que ocurre en las conversaciones (el S.A.I.I.) fue diferenciar las sesiones de psicoterapia efectivas de las inefectivas (Fontanil Gómez y Ezama Coto, 1990a, 1990b; Fontanil Gómez, Ezama Coto, y Toribios Álvarez, 2004). Los resultados de esa aplicación mostraron que las sesiones más inefectivas eran aquellas en las que cada contribución de los interlocutores a la conversación (entendida como un acto de habla, propositivo, precursor de determinadas respuestas) era seguida con más frecuencia o era seguida con mayor probabilidad por un fracaso que por un éxito. A esa cualidad de las conversaciones, consistente en la tasa de contribuciones de un interlocutor que obtiene respuestas favorables de los otros la denominamos, poco después, *micro-colaboración*. Es esta una cualidad que se evalúa atendiendo al pequeño detalle: a la relación entre cada contribución (cada propuesta) de un interlocutor y las respuestas y réplicas que obtiene.

Obtuvimos así indicios de que la forma en que tratamos y nos tratan los consultantes en las sesiones tiene que ver con que luego consideren que sirven para algo, que deseen seguir consultando, que hagan lo que se ha planeado para el periodo entre sesiones y que se produzcan mejorías.

Al enfoque que organizó el siguiente estudio sobre lo que sucede en la sala de psicoterapia lo denominamos *macro-colaboración*, en contraste con el primero. La idea era examinar si las sesiones efectivas respondían mejor a las agendas no declaradas de los consultantes que las inefectivas. Si el trabajo sobre la micro-colaboración se construía como el registro del número de transacciones exitosas que tenían lugar durante la sesión, sin tener en cuenta el tema de lo que se dice, esta segunda línea se construía sobre la metáfora de la obtención de suministros: la gente va a terapia buscando herramientas. Pensamos que las sesiones efectivas serían aquellas en las que las consultantes obtienen las herramientas que buscan porque serían las que más dispuestas estarían a usar y, dando por supuesto que ellas son las principales expertas en su problema, las más adecuadas para conseguir los cambios que necesitan.

Los supuestos de nuestra aproximación, aunque no el enfoque en si, como veremos, coincidían con los de Duncan y Miller (2000) cuando proponían como pilar principal para conseguir efectividad en la psicoterapia el respeto por *la teoría del cambio* de los clientes, y tenían como antecedente común a Steve de Shazer (1985). En “Pautas para la Solución en Terapia Breve”, De Shazer defendía la importancia de la colaboración de los terapeutas con los consultantes y de que los primeros se guiasen por las concepciones de los segundos acerca del problema.

Las quejas que los clientes llevan al terapeuta son como cerraduras en puertas que se abren hacia una vida más satisfactoria. El cliente ha intentado todo lo que piensa que es razonable, correcto y bueno, y lo que ha hecho se basa en su verdadera realidad, *pero* la puerta sigue cerrada; por lo tanto, cree que lo que le ocurre está más allá de cualquier solución. Con frecuencia, esto conduce a esfuerzos cada vez mayores para descubrir por qué la cerradura es como es o por qué no se abre. Sin embargo, parece claro que lo que

aportará una solución será una llave, y no una cerradura, y existen ganzúas (de diversos tipos) capaces de abrir muchas clases diferentes de cerraduras. Del mismo modo, una intervención terapéutica sólo necesita *ajustarse* de tal modo que la solución se desarrolle. No tiene por qué ser tan compleja como la cerradura misma. El hecho de que la queja sea complicada no significa que la solución deba serlo en idéntica medida (p. 14 y 15).

Las quejas de los clientes son por lo general construcciones más bien complejas que involucran muchos elementos, entre los cuales el cliente puede subrayar unos más que otros. Hemos aprendido que las quejas por lo general incluyen:

1. Un trozo o secuencia de conducta;
2. los significados asignados a la situación;
3. la frecuencia con que se produce la conducta que es motivo de queja;
4. el lugar físico en que aquella conducta se produce;
5. el grado en que es involuntaria;
6. terceros significativos involucrados en la queja, directa o indirectamente;
7. la pregunta de qué cosa o quién tiene la culpa;
8. factores ambientales como el trabajo, el status económico, el espacio en que se vive, etcétera;
9. el estado fisiológico o de las sensaciones involucradas;
10. el pasado;
11. horribles predicciones del futuro, y
12. expectativas utópicas.

Estos doce factores son como doce puertas distintas que llevan a la solución. Cada queja es diferente, y las diversas soluciones potenciales son las puertas que tienen las cerraduras y los goznes mejor lubricados. Distintas puertas pueden conducir a las mismas soluciones o a soluciones

diferentes; una puerta única puede llevar a soluciones diversas. Cualquier puerta puede abrirse hacia un callejón sin salida. Terapeuta y cliente deben estimar conjuntamente cuál es la puerta que con más probabilidad resultará más fácil abrir (...)

El terapeuta necesita saber cuáles son las puertas preferidas, y el mejor indicador al respecto es el modo en que el cliente describe la queja (p. 47).

La tesis de De Shazer sería que todas las explicaciones son buenas con tal de que los consultantes las acepten y les lleven a actuar de forma diferente.

Después de quince años de aplicar y estudiar la terapia breve, he llegado a una conclusión que constituye la premisa central de este libro: para que una intervención *se adecúe o ajuste* fructuosamente no es necesario un conocimiento detallado de la queja. Para impulsar la solución, ni siquiera es necesario poder construir con algún rigor el modo en que la perturbación se mantiene. En vista de mi trabajo anterior, a primera vista esa afirmación parece ir contra lo intuible, pero diría que en una situación problemática *cualquier* conducta realmente diferente puede bastar para impulsar la solución y proporcionar al cliente la satisfacción que busca en la terapia. Todo lo que se necesita es que la persona envuelta en una situación perturbadora *haga algo diferente*, aunque esa conducta sea aparentemente irracional, sin duda inapropiada, obviamente extravagante o humorística. (p.25)

Si nos movemos en el terreno que el terapeuta no pisa (para simplificar: en el de las escenas en las que se producen los motivos de queja), la cuestión de cuánto hay que entender para poder cambiar lo que ocurre parece que De Shazer la respondería diciendo “muy poco”. “Si no funciona haz algo diferente” puede haber sido uno de sus lemas. Claro que él no parece estar moviéndose en ese terreno, en realidad, sino en el que el terapeuta sí pisa, el de las escenas en las que terapeutas y consultantes interactúan. En ese contexto De Shazer podría estar diciendo: “Si eres el terapeuta no te ocupes de conseguir una buena representación de lo que ocurre, te vale cualquiera. Ocupate sólo de que haga más de lo que funciona y de que cuando no tiene nada que funcione haga algo diferente” La evolución de sus propuestas respecto a comprender las situaciones en las que se producen los motivos de queja de los consultantes parece haber ido en esa línea (De Shazer 1985, 1988, 1994). La opción de De Shazer sería la de la de que ocuparse en obtener una buena representación y una buena explicación de lo que sucede en las

escenas que motivan las quejas es poco útil.

Años más tarde nos pareció encontrar la misma idea con un nuevo aspecto, cuando Duncan, Hubble y Miller (1997) se plantean la psicoterapia con casos “imposibles” acogiéndose bajo el paraguas de los estudios sobre la desigual eficacia de los enfoques terapéuticos. Duncan y Miller lo sintetizan así:

Puesto que todos los enfoques son equivalente con respecto al resultado y la técnica palidece en comparación con los factores del cliente y de la relación, proponemos que el mapa del territorio de los clientes sea desplegado y seguido como la “teoría” para la terapia. Duncan y Miller, S. D. (2000: 174).

Ubicando esta cuestión en la analogía de los suministros sería algo del estilo de: las herramientas para entender lo que les sucede no le van a ser muy útiles a los clientes. Las diferencias entre enfoques están en las explicaciones que se dan a lo que le sucede a la gente. Los distintos enfoques funcionan igual de bien, así que: “Dales cualquier cosa que les parezca bien”. Duncan y Miller estarían abogando por la inutilidad de producir explicaciones mejores que las que los consultantes traigan.

Y añaden:

La investigación deja claro que el cliente es en realidad, en psicoterapia, el contribuidor simple más potente para el resultado —los recursos que el cliente trae a la sala de terapia y que influyen en su vidas fuera de ella (Asay y Lambert, 1999; Miller et al., 1997). Esos factores pueden incluir la persistencia, la apertura, la fe, el optimismo, una abuela sostenedora o la pertenencia a una comunidad religiosa: todos factores operativos en la vida del cliente antes de que él o ella entren en terapia. Incluyen también interacciones azarosas entre estas fortalezas internas y la casualidad, tales como un nuevo trabajo o una crisis exitosamente negociada... Las terapias funcionan igualmente bien, porque la propensión de los clientes hacia el cambio trascienden cualquier diferencia entre modelos (p. 173).⁴

⁴ Son nuestras las traducciones de las obras que figuran sin versión en castellano en las referencias.

1.4. La idea de ajuste

La cuestión hasta aquí es si los consultantes buscan o no entender cuando intentan cambiar lo que sucede en su día a día y si esa comprensión sirve para algo. Esta pregunta nos ha llevado a otro tipo de puertas, unas que no tienen que ver con la narración de los consultantes acerca de lo que les sucede, sino con su agenda para las consultas: la clase de ayuda que desean obtener de la terapeuta. ¿La relación con la terapeuta será mejor si *se ajusta*, en ese aspecto? Una vez emprendido ese camino en Ezama-Coto, Fontanil-Gómez, Galván-Fernández, Rodríguez-Blanco y Toribios-Álvarez (2000) nuestro siguiente paso fue introducir un procedimiento de guía en la terapia, para ver de qué debe ocuparse una sesión, qué ayuda y qué satisfacción ha encontrado en ella la o las consultantes. Sin saberlo tomamos un camino paralelo al emprendido por Duncan, Miller y sus colaboradores (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Beach, Reynolds y Johnson, 2003; Miller, Duncan, Brown, Sorrell y Chalk, 2006; Duncan, Miller, y Hubble, 2007). Este procedimiento tomó la forma de un cuestionario introducido al principio y al final de las sesiones de terapia y que recibe el nombre de HOPES (Hojas de Planificación y Evaluación de la Sesión).⁵

Nuestras HOPES incluyeron elementos semejantes a los de su *Outcome Rating Scale* (ORS) (Miller, Duncan, Sparks y Claud, 2003) y su *Session Rating Scale* (SRS) (Duncan et al., 2003) incluidas ambas en el denominado *Partners for Change Outcome Management System* (PCOMS; Miller, Duncan, Sorrell, y Brown, 2005).

Para explicar los componentes básicos de la medida [la SRS] y la alianza (...) se emplea la analogía de un taburete de tres patas... Cada pata del taburete representa uno de los ingredientes centrales de la alianza terapéutica (a) objetivos compartidos; (b) acuerdo general sobre medios, métodos o tareas del tratamiento; (y c) un vínculo emocional (Bordin, 1979). Tomados en conjunto, son la teoría del cambio del cliente, el otro componente de la alianza sugerido por Gaston (1991).⁶ Conforme a la

⁵ En el Apéndice 1 se encuentra la versión de las HOPES actualmente en uso.

⁶ Según Duncan y Miller (2000:178), Gaston (1990) divide la alianza en cuatro componentes: 1) La relación afectiva del cliente con el terapeuta, 2) la capacidad del consultante de trabajar en terapia “propositivamente”, 3) la comprensión y la implicación empática del terapeuta y 4) el acuerdo entre el cliente y el terapeuta en las metas y tareas de la terapia. Para Duncan y Miller los apartados 1 y 3 se ocupan de la relación, mientras que los apartados 2 y 4 se refieren a la congruencia entre las creencias del cliente y del terapeuta acerca de cómo las

metáfora del taburete, los objetivos, métodos, y vínculos que fuesen congruentes con la teoría del cliente probablemente mantendrían a la gente cómodamente asentada (es decir comprometida) en el tratamiento. Asimismo, cualquier desacuerdo entre varios componentes desestabilizaría la alianza haciendo el taburete incómodo o la harían venirse abajo por completo. (Duncan et al., 2003)

Los items del SRS están organizados en cuatro pares que evalúan:

- *La sesión en general:* Faltó algo en la sesión de hoy / En general la sesión de hoy ha estado bien, para mi
- *La relación:* No me he sentido escuchado, comprendido y respetado / Me he sentido escuchado, comprendido y respetado
- *Las metas y los temas:* No trabajamos o hablamos sobre lo que quise trabajar o hablar / Trabajamos o hablamos sobre lo que quise trabajar o hablar.
- *El planteamiento o método:* El planteamiento del terapeuta no encaja bien conmigo / El enfoque del terapeuta encaja bien conmigo.

Nuestra investigación posterior (Ezama, Alonso, González, Galván, y Fontanil, 2011; Ezama, Fontanil, y Alonso, 2012), sin embargo se centró en sólo una de los aspectos que enfoca la SRS, el dedicado a evaluar las metas y temas.

1.5. La psicoterapia como alianza

Para terminar esta introducción queremos hacer algunas consideraciones acerca de la alianza terapéutica. Desde nuestro punto de vista una de las diferencias fundamentales entre lo que es y no una psicoterapia (algo que probablemente se pueda reconocer mucho mejor desde un modelo contextual que desde uno médico) es el inequívoco papel de agente que tiene la persona que consulta. Dreier (2008) defiende que, mientras que se vea lo que los clientes experimentan y hacen en la terapia como desencadenado por lo que los terapeutas han hecho, sólo se les considerará *consumidores* de la terapia. Para que personas cambian en terapia.

su estatus sea el de agentes se debe entender como contribuyen a la terapia e influyen en lo que hace el terapeuta, pero, además, se ha de pensar en cómo los clientes usan la sesiones para que les puedan servir como ayuda al tratar con los problemas que tienen en su vida cotidiana. Entonces los consultantes serán *usuarios* de la terapia, dice Dreier. Serán reconocidos como a la vez como *constructores y usuarios* de la misma, diremos nosotros.

Los temas de la alianza, como los organizan Duncan et al. (2003) siguiendo a Bordin, nos permiten recoger las diferencias entre las posiciones de paciente, de consumidor y de constructor y usuario. El primer componente de la alianza se ocupa de los *objetivos compartidos*. Desde el lado del consultante la existencia de la alianza se dilucida respondiendo a una pregunta: “¿Lo que estoy haciendo o voy a hacer con la terapeuta me va a servir para cambiar mi vida en la dirección que yo quiero?” La respuesta puede ser afirmativa tanto si el consultante busca una cura, un cursillo, una absolución o un asesoramiento. El segundo ingrediente, el acuerdo general sobre los *medios, métodos o tareas* del tratamiento se resolvería en una negociación implícita o explícita en torno a la pregunta “¿Qué vas a hacer para mí y a cambio que voy a hacer yo para ti?”. En este punto es donde aparecen las diferencias. De los distintos pasos de una secuencia de resolución de problemas que se pueden encargar a otra persona, el apartado de la actuación es crítico (figura 1, elemento 11). Si el experto se hace cargo de la actuación que va a producir los cambios, el consultante no es el agente del cambio, todo lo más podría ser el diseñador del objetivo o incluso el diseñador del procedimiento, como cuando un carpintero le encarga a otro que le construya el mueble que ha pensado. Si lo que se transforma es el propio sujeto, el cliente es un *paciente*. Si no, puede ser un consumidor, con más o menos control sobre la producción. “Convenza a mi hijo de que estudie”, “dígame a mi abogado cómo estoy”, “explícale a mi marido que soy una persona enferma”, serían invitaciones a que se establezca este tipo de relación. Se presupone que la acción del experto es el antecedente inmediato del cambio deseado. Pero cuando no se pacta la delegación de la tarea de actuar, el cliente puede ser todavía un consumidor. Un consumidor de actividades de formación, por ejemplo. Puedo decidir que las clases de

navegación con instrumentos son buenas (o malas) pero yo sólo las recibo, no contribuyo a ellas con mis conocimientos. El profesor no va a ir conmigo al desierto a servirme de guía, tendré que guiarme yo, y puedo haber aprendido a navegar muy bien, pero a la calidad de la clase (si ha sido una clase prototípica) yo no habré contribuido. La diferencia entre la terapia y estas relaciones de ayuda es que una terapia no puede ser buena sin una aportación importantísima del cliente, protagonice él la queja o no. No sólo porque en una meta de vida como convencer a mi hijo de que siga con sus estudios voy a tener adjudicado el procedimiento para hacerle hacer lo que deseo, si no porque la calidad de la ayuda de la terapeuta dependerá de que yo le facilite conocimientos que la terapeuta no puede tener (acerca de cómo el éxito de mi hijo era importante para mejorar mi reputación ante mi padre, por ejemplo). Como terapeutas pretendemos que no se nos atribuya el papel del sacerdote que sabe, como representante de Dios, de lo bueno y lo malo de lo que salva y lo que condena. Hacer explícito que, como parte de las contrapartidas que recibe por su trabajo, el terapeuta obtiene conocimientos acerca de las coyunturas favorables y desfavorables de la vida y de las estrategias más efectivas para mantenerlas o cambiarlas parece contribuir a que los clientes entiendan qué pueden, y qué no, esperar de una psicoterapia.

Una última cuestión nos permitirá dar cuenta del último componente de una relación terapéutica: ¿La relación con un asesor es una relación terapéutica? El propósito de la pregunta no es establecer un criterio de lo que es o no terapia. Nos inclinamos a pensar que las relaciones informales de ayuda tienen muchas características comunes con las relaciones terapéuticas profesionales y viceversa, así que no intentamos acotar un territorio. La utilidad de la pregunta es que nos ayuda a identificar el componente de la alianza que marca la diferencia entre lo que identificaríamos inequívocamente como una sesión de psicoterapia frente a la reunión con un asesor, orientador o consejero. En nuestra opinión lo que marca la diferencia es que una relación inequívocamente terapéutica tendría las señales de una relación de *apego* por parte del consultante y de *cuidado* por parte del terapeuta. Esto por parte del consultante se manifestaría en la búsqueda de consejo, sí, pero también de consuelo, validación e incluso protección por

parte del terapeuta, que se podría evaluar como temor del consultante de que el terapeuta le vaya a rechazar o a abandonar (la dimensión de *ansiedad* del vínculo de apego) e incomodidad con la cercanía y la dependencia (la dimensión de *evitación*). Las mismas dimensiones con las que se evalúa el apego adulto. Por la parte del terapeuta serían la *receptividad* y la *sensibilidad* lo que marcaría la diferencia. La *receptividad* ante las muestras de malestar del consultante conllevaría, como en el caso de las relaciones de cuidado de adultos a niños (Reis y Shaver, 1988), validar sus necesidades y sentimientos, respetar sus creencias y valores y ayudar a que se sienta comprendida y cuidada. Y la *sensibilidad*, como adecuación de las respuestas a las necesidades del consultante, que, también como en las relaciones de cuidado de adultos a niños (George y Solomon, 2008), incluye una detección e interpretación precisas de las necesidades y una producción de respuestas apropiadas y efectivas.⁷ Ver la relación entre consultante y terapeuta con esta óptica hace justicia a la sorprendente intensidad afectiva que adquieren muchas veces las relaciones terapéuticas. Que los terapeutas llegemos a ser personas tan especiales para nuestros consultantes o que recuperemos instantáneamente una sensación de cariño hacia personas que han sido nuestros consultantes o nuestros terapeutas años atrás. Parte de aquello con lo que la psicoterapia está hecha son las actividades con las que está hecho el amor materno o paterno filial. Quizá sea esto a lo que se refiere Norcross (2011) cuando recomienda a la American Psychological Association y las restantes organizaciones implicadas en la asistencia e investigación en Salud Mental a que propaguen los beneficios de una relación humana receptiva y cálida en psicoterapia.

⁷ Sería muy interesante trasladar el Cuestionario de Prestación de Cuidados de Kuncze y Shaver (1994) a las relaciones terapéuticas para ver qué items o subescalas tienen que ser revisados para poder evaluar una relación terapéutica apropiada. El cuestionario original recoge aspectos relacionados con la proximidad (“cuando mi compañero parece querer o necesitar un abrazo me gusta dárselo”), la sensibilidad (“siempre puedo decir cuando mi compañero necesita que le reconforten, aunque no me lo pida”), el control (“tiendo a ser demasiado dominante cuando intento ayudar a mi compañero”), la compulsividad (“algunas veces yo creo problemas tomándome las dificultades de mis compañeras como si fuesen mías”), la negligencia (“trato de no involucrarme en los problemas de mi compañero”), el cuidado negativo (“a veces pierdo la paciencia con mi compañero cuando está estresado por algo”) y el apoyo instrumental (“cuando mi compañero necesita apoyo con una tarea me ofrezco para ayudarle”).

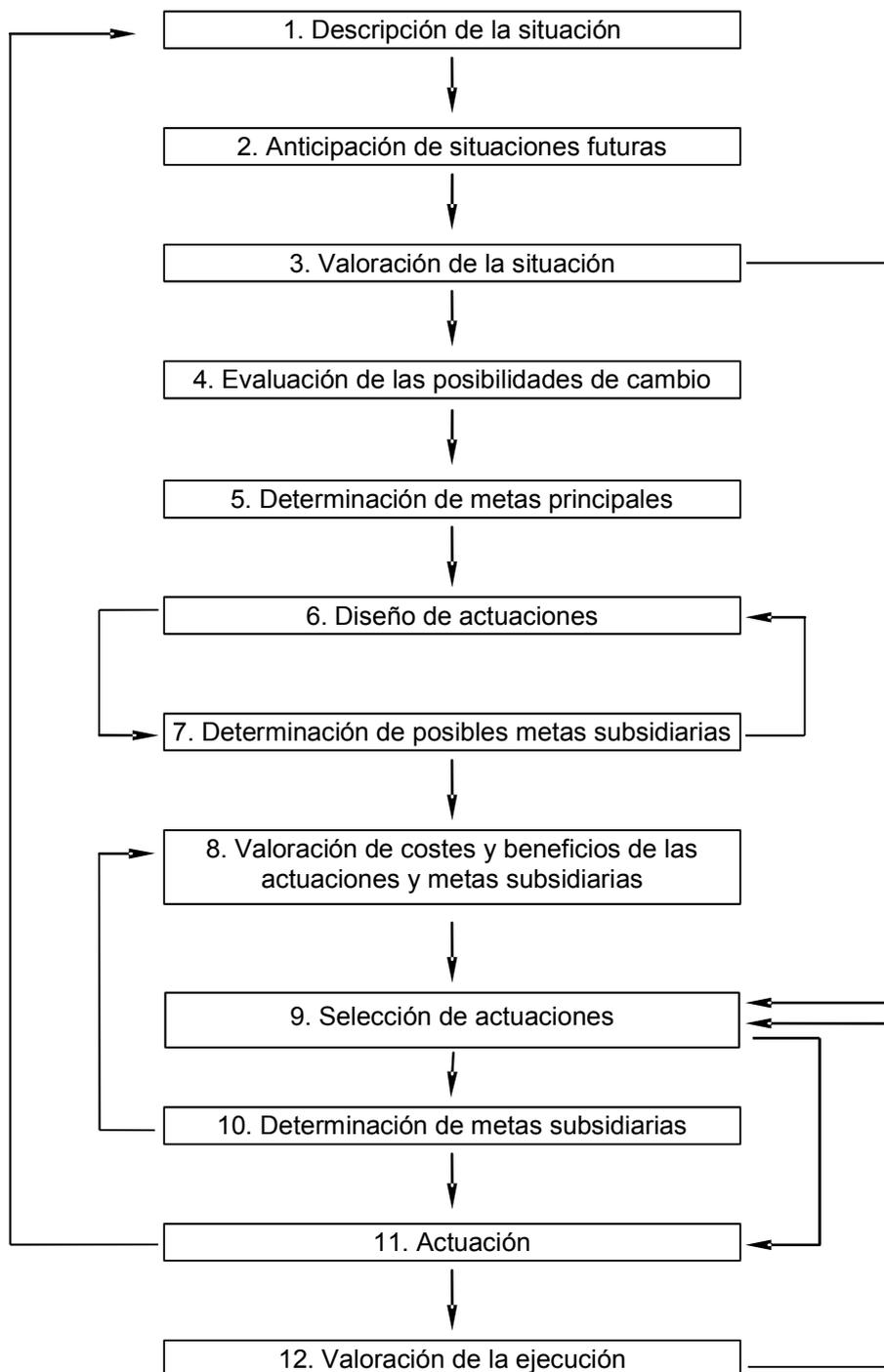


Figura 1. Etapas delegables en la realización de una actividad o la solución de un problema

2. Objetivos

1. En el marco de un modelo contextual de la psicoterapia y de la psicopatología, y de los estudios sobre factores comunes, explorar y dar contenido al concepto de tarea terapéutica, elaborando una lista exhaustiva de las clases de tareas terapéuticas y viendo el uso de las mismas por parte de los consultantes conforme avanza el proceso psicoterapéutico.
2. Examinar las relaciones entre el tipo de tareas que se llevan a cabo durante la sesión y la calidad de las mismas.
3. Elaborar indicadores de ajuste entre consultantes y terapeutas en las sesiones de psicoterapia.
4. Estudiar la relación entre el ajuste en tareas terapéuticas y la efectividad de cada sesión de psicoterapia.
5. Analizar el papel que tienen las expectativas de los consultantes y otros aspectos del vínculo terapéutico con los resultados y la satisfacción al final de las sesiones.
6. Analizar el peso que tiene para la satisfacción y la efectividad, las ayudas obtenidas en las distintas tareas terapéuticas.
7. Realizar una crítica a la adopción del concepto médico de enfermedad en Psicopatología y Psicoterapia. Discutir los conceptos clásicos de enfermedad, trastorno y síntoma y, con los conceptos alternativos de fracaso, disfunción y queja poner en los cimientos de la construcción de la psicoterapia el carácter de agente de los consultantes y protagonistas de las quejas.

3. Tareas terapéuticas y efectividad de la psicoterapia

3.1. Artículo. Nuevas puertas en entrevistas de psicoterapia: exploración sobre las etapas delegadas en la búsqueda de soluciones

Nuevas puertas en entrevistas de psicoterapia: exploración sobre las etapas delegadas en la búsqueda de soluciones

Esteban Ezama-Coto, Yolanda Fontanil-Gómez*, Saturnino Galván-Fernández, Carmen Rodríguez-Blanco y Aristi Toribios-Álvarez

Centro de Investigaciones Comunicacionales y * Universidad de Oviedo

Proponemos la noción de *delegación* para explorar la relación entre terapeuta y consultante y la adecuación de las intervenciones terapéuticas. Elaboramos dos cuestionarios guiándonos por un prototipo de estrategia de solución de problemas y con ellos examinamos los informes sobre 67 sesiones elaborados por 33 consultantes y 18 terapeutas. Exploramos 14 hipótesis y encontramos que las etapas del prototipo permiten a los consultantes dar cuenta de la ayuda que desean obtener de los terapeutas. El 38% de las respuestas de los consultantes sobre la ayuda deseada señalan a la *ayuda para saber cómo actuar para que las cosas cambien*, el 20% a la *ayuda para entender lo que ocurre* y el 23% a la *ayuda para saber que se tiene que ir consiguiendo*. Cuanto más se ajustan las intervenciones del equipo terapéutico a la clase de ayuda que desean los consultantes más es la ayuda que encuentran éstos en las sesiones.

New doors in Psychotherapy interviews: an exploration on delegate stages in the search of solutions:

In this work the notion of *delegation* is proposed to explore the relationship between therapist and consultee, and the convenience of the therapeutic interventions. We elaborate two questionnaires following a problem-solving strategy prototype, and examined the records of 67 sessions, given by 33 consultees and 18 therapist. We test 14 hypothesis and found that the stages of prototype allow the consultees to express the kind of help they want to get from the therapist. Regarding the kind of help consultees want the help *to know how acting to get thing changes* is pointed out by 38% of the consultees' answers. A 20% point out the help *to understand what is happening*, whereas other 23% point out the help *to know what has to be attained*. Also, that the more the therapeutic team interventions adjust to the kind of help that the consultees wish the more the help that these find in the sessions.

En la tradición de la terapia estratégica se insiste en el mandato de que, para ayudar a resolver los problemas que motivan las consultas, han de ser las terapeutas las que se ajusten al lenguaje y habilidades de las consultantes y no a la inversa (Haley, 1966, 1973, 1976; Watzlawick, Weakland y Fish, 1974).¹ Desde los años 80, Steve de Shazer y su equipo en Milwaukee han abogado continuamente por que las terapeutas acomoden sus intervenciones a las solicitudes de las consultantes y han realizado y promovido investigaciones para defender que esta acomodación lleva a una mayor eficacia y brevedad de las terapias (O'Hanlon, 1998). En 1985, De Shazer propuso que las descripciones que hacen las consultantes cuando se les pregunta por el motivo de consulta pueden servir para encontrar el tipo de intervención más adecuado. De Shazer defendía entonces que las *quejas* de las personas que consultan (los textos producidos por ellas cuando se les pregunta por los motivos que les han llevado a solicitar una consulta) se refieren a un pequeño conjunto de temas

restringido y que el énfasis de las consultantes sobre algunos de esos temas señala las mejores «puertas» para llegar a una rápida solución de los problemas. Al argumentar así se presupone que las terapeutas tienen forma de analizar los textos que producen las consultantes, distinguiendo en ellos fragmentos que corresponden a distintas «puertas», y que son capaces de dirigirse hacia ellas en el curso de las sesiones de terapia; pero, que sepamos, esta idea de definir y utilizar sistemáticamente «puertas» para ayudar a las consultantes no ha guiado ningún estudio sistemático exitoso.² Sin embargo la propuesta sigue resultando interesante para nosotras. Creemos que, efectivamente, las personas suelen acoger con más interés unas propuestas de las terapeutas que otras, pero no ya por el tema del que tratan (las respuestas habituales, el pasado, la culpa o los significados atribuidos, como en De Shazer –1985) sino por el *tipo de ayuda* que proporcionan.

Con su postura en contra del concepto de *resistencia* y a favor del ajuste de las intervenciones al estilo y preferencias de las consultantes De Shazer estaba apuntando un criterio para juzgar la adecuación de las intervenciones terapéuticas. Conseguir que las intervenciones terapéuticas se adecuen es, indiscutiblemente, la cuestión principal de la terapia. El tema de la adecuación es un tema que se debe tratar en varios capítulos y De Shazer apuntaba a uno bastante descuidado.

Correspondencia: Yolanda Fontanil Gómez
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo
33003 Oviedo (Spain)
E-mail: fontanil@correo.uniovi.es

El primer capítulo de la adecuación, el principal sin duda, se refiere a la *desaparición de los motivos de queja*. Un trabajo terapéutico se puede considerar adecuado sólo si las consultantes obtienen ayuda para hacer que sus motivos de queja desaparezcan. Es un criterio tan fuerte que casi eclipsa todos los demás. Sin embargo, está claro que no se puede llegar a hacer un trabajo adecuado, en la primera acepción, si el proceso se interrumpe antes de conseguir que los motivos de queja desaparezcan. Si no se trata esta segunda clase de adecuación como una cuestión de ajuste entre las características de la terapia y las características de las personas que consultan (su personalidad, su inteligencia o su nivel cultural), el capítulo se debe ocupar de alguna manera de la *atribución de eficacia a la terapia*; puesto que, para poder decir que un trabajo terapéutico es adecuado, el trabajo que se hace en las sesiones debe llevar a las consultantes a confiar en la eficacia de la terapia lo suficiente como para querer seguir trabajando con la terapeuta. Hay un tercer capítulo y es el de la *conformidad de las consultantes con la ayuda que se les quiere proporcionar*. Es al que creemos que De Shazer apuntó con la idea de las puertas y al que se refieren dos de los tres componentes de la *alianza de trabajo* de Bordin (1979), retomada por muchos autores con posterioridad (Kozart, 1996; Ladany, Ellis y Friedlander, 1999; Reis y Brown, 1999; Baenninger-Huber y Widmer, 1999) el acuerdo entre clientes y terapeutas respecto a las *metas* de la terapia y el acuerdo respecto a las *tareas* que se proponen para alcanzarlas. El último capítulo es el de las *cualificaciones relacionales* (Gómez Fontanil y Coto Ezama, 1990a y 1990b): el del éxito en la negociación de las cualidades y compromisos de las consultantes y las terapeutas a lo largo de las conversaciones. Nos parece que es el capítulo en el que se enmarcan los elogios de De Shazer y al que se refiere Bordin (1979) cuando habla del desarrollo de un *vínculo* personal entre consultante y terapeuta (Pinsof y Catherall, 1986; Horvath y Greenberg, 1986; Pinsof, 1995). Se trata de la producción de esa especie de «descripción virtual» de las interlocutoras y de su relación que se obtiene en las conversaciones. Esa descripción implícita que no es aceptada cuando se producen «descualificaciones», en nuestros términos, o «rechazos o desconfirmaciones del *self*», en los términos de Watzlawick, Jackson y Beavin (1967).

Inicialmente, de entre estas cuatro acepciones de adecuación –1) *Desaparición de los motivos de queja* 2) *Atribución de eficacia a la terapia*. 3) *Conformidad de las consultantes con la ayuda que la terapeuta les quiere proporcionar*. 4) *Cualificaciones relacionales satisfactorias*– el trabajo que presentamos aquí pretendía ocuparse sólo de la tercera aunque, como se verá en la discusión, hemos atendido también a aspectos que se enmarcan en el capítulo de las cualificaciones relacionales. Lo hemos planteado como un primer tanteo para buscar una nueva clase de «puertas hacia la solución» en la relación entre terapeutas y consultantes y, a diferencia de De Shazer (1985), en lugar de partir de un análisis de los textos producidos por las consultantes, hemos partido de una clasificación *a priori* del tipo de «encargos» o «delegaciones» que una persona puede hacerle a otra cuando quiere procurarse ayuda para realizar una tarea. El listado de delegaciones con el que hemos comenzado a trabajar proviene de los pasos que se recortan en las prácticas cotidianas de instrucción con aprendices de cualquier edad (desde bebés hasta adultos). La revisión de los sistemas de categorías utilizados para codificar las actuaciones de las tutoras cuando instruyen a aprendices ante problemas nuevos (Sánchez Carretero, 1993), nos ha convencido de que los pasos o etapas de un prototipo de estrate-

gia sumamente sencillo como el que proponemos en la Figura 1 recogen una buena parte de las categorías manejadas por los investigadores, salvo las referentes a la calidez de la relación entre tutor y aprendiz. En consecuencia nos hemos propuesto realizar un estudio exploratorio y emplear el modelo para comenzar a elaborar un cuestionario que permita a las consultantes señalar aquellos pasos para los que desean contar con la ayuda de la terapeuta. Nuestra idea es que las consultantes buscan ayuda en función de las lagunas que encuentran cuando planean sus propias soluciones y que, como para elaborar sus estrategias dependen enteramente de los relatos y las disposiciones de las consultantes, las terapeutas encontrarán las mayores facilidades para trabajar si se ocupan de los pasos para los que las consultantes estiman que necesitan ayuda. Como en la metáfora de De Shazer, se puede llegar a una solución haciendo cambios en cualquiera de los pasos: en la descripción de la situación (en la descripción de lo que ocurre y de lo que va a ocurrir) en la valoración de lo que hay de bueno o malo en lo que ocurre, en la definición de metas (bien porque se definan de modo más eficaz bien

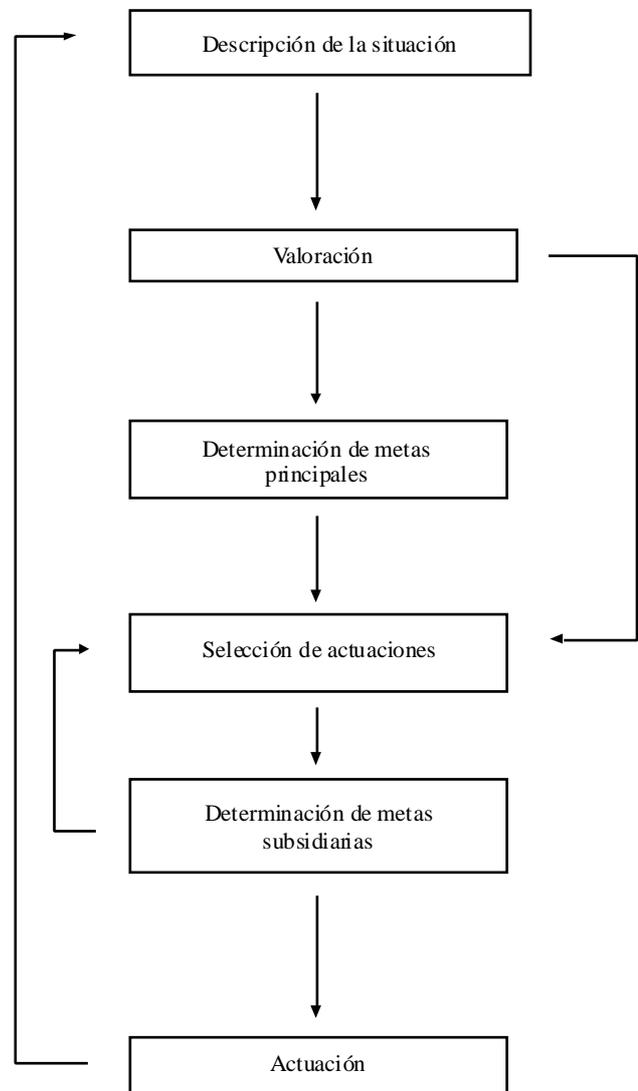


Figura 1

porque se decida buscar una meta distinta), en la selección o el diseño de actuaciones y en la determinación de metas subsidiarias. Cualquier cambio puede llevar a la solución y casi todos los cambios en un paso llevará a que la persona que consulta cambie otros pasos de su estrategia. Si el abanico de actuaciones posibles cambia, lo que antes era inapreciable o invisible en la descripción de la situación ahora será relevante, lo que era un suceso o acontecimiento adverso se puede convertir en una circunstancia ventajosa, etc. Si es la descripción de la situación la que cambia, el abanico de posibles actuaciones se transforma también, aparecen en la descripción nuevos aspectos positivos y negativos y se hacen cosas distintas... etcétera, etcétera. El paso por una clase de puerta hace que se produzcan cambios en las puertas de las demás clases, así que, más que decidir en qué paso los cambios van a conducir con más seguridad a una solución, lo importante es decidir en cuales de los pasos están deseando las consultantes introducir cambios, puesto que en los demás se producirán igualmente.

Este era nuestro planteamiento; pero, no obstante, cuando planeábamos el estudio empezamos a pensar que, aunque dentro de nuestro ámbito profesional entender la terapia como un trabajo conjunto de definición y solución de problemas parece totalmente razonable, muy bien pudiese no serlo para las personas que nos consultan. En las terapias no es insólito que alguien diga que las sesiones le sirven para sentirse comprendido o para poder desahogarse y también ocurre, de vez en cuando, que quien consulta parece incómoda cuando la terapeuta le da opiniones o le hace sugerencias. Esto nos llevó a pensar que debíamos incluir en la exploración dos «puertas» ajenas a la concepción de la terapia como solución de problemas por la que las consultantes pudieran hacernos llegar noticias acerca de una concepción menos estratégica de la terapia: La de la comprensión de la terapeuta y la de la «autoexpresión» de las consultantes.

Método

Participantes

Para realizar la investigación se contó con la ayuda de 51 personas: 33 consultantes y 18 terapeutas. Las consultantes eran personas que habían solicitado terapia en el Centro de Investigaciones Comunicacionales. Se obtuvieron datos de un total de 67 sesiones (aunque para algunos cálculos se usó un número menor por ausencia de datos) provenientes de un total de 25 consultas. Las consultantes (23 mujeres y 10 varones) tenían entre 19 y 51 años de edad. Las terapeutas de entre (24 y 42 años de edad) eran psicólogas de profesión (12 mujeres y 6 varones). Cuatro personas (3 mujeres y 1 varón) actuaron como terapeutas directas y dos de ellas actuaron también como terapeutas supervisoras. Otras 14 actuaron sólo como supervisoras (16 supervisoras en total). Las terapeutas directas tenían entre 6 y 15 años de experiencia. Las terapeutas supervisoras tenían entre 15 años y unos pocos meses de experiencia. Las menos expertas, 8, participaban en un programa de capacitación en psicoterapia sistémica y tenían entre 150 y 300 horas de formación. Las supervisiones se realizaron a través de un circuito cerrado de televisión y su objetivo era hacer comentarios para las consultantes y las terapeutas directas acerca de las propuestas elaboradas en la sesión y sugerirles nuevas propuestas. El número de supervisoras en las consultas osciló entre 4 y 1.

Objetivos e hipótesis

1) El primer objetivo fue comprobar si las consultantes encontraban en los pasos del prototipo de estrategia de solución de problemas los tipos de ayuda que desearían obtener en una terapia psicológica.

2) Ver si la línea de trabajo preferida por las consultantes era, según esperábamos, buscar formas de actuar para producir cambios. Esta es una conjetura acorde con la concepción de la terapia como búsqueda de soluciones no intentadas (o no suficientemente intentadas), que prevalece en la tradición de la terapia breve del MRI y del grupo de Milwaukee.

3) Nos propusimos también ver si era frecuente que las consultantes buscaran en la terapia una ocasión para expresarse, más que una ocasión para encuadrar las situaciones indeseables de forma estratégica.

4) En la misma línea quisimos ver también si era frecuente que en las consultas se buscara principalmente la comprensión de la terapeuta.

5) Como sabíamos por trabajos anteriores que el grado de colaboración entre *todos* los participantes en una sesión terapéutica es una variable que influye en la atribución de eficacia a la terapia (Gómez Fontanil, 1989; Sierra Blanco, 1993; Rodríguez Blanco, 1993), supusimos que *la ayuda valorada por las consultantes sería mayor cuando hiciesen la consulta en solitario que cuando consultasen acompañadas por otras personas*. Puesto que en las entrevistas con una sola consultante la terapeuta puede controlar más fácilmente la colaboración global que en las sesiones con dos o más consultantes, en las que a veces no consigue evitar que dos personas se traten de forma no colaboradora. En consecuencia pensamos que debería ser mayor la ayuda valorada en las entrevistas con una sola consultante que en las entrevistas con varias consultantes.

6) Ver si había relación entre la «cantidad de ayuda» que encontrasen las consultantes y la *clase ayuda* que buscaran. Nuestra hipótesis fue que, si nos ateníamos a sus valoraciones, las consultantes obtendrían la misma «cantidad de ayuda» de las terapeutas si deseaban unas clases de ayuda u otras.

7) También hicimos la hipótesis de que el equipo terapéutico sabría detectar la clase de ayuda deseada por las consultantes.

8) La de que las terapeutas directas acertarían más que las supervisoras expertas.

9) Y que las supervisoras expertas acertarían más que las inexpertas a la hora de reconocer el tipo de ayuda deseada por las consultantes

10) Que el acierto de las terapeutas directas estaría relacionado con *las valoraciones de la ayuda* que las consultantes hiciesen en cada entrevista.

11) E, igualmente, que *el acierto de las supervisoras* a la hora de reconocer las ayudas buscadas por las consultantes estaría relacionado con *la ayuda que las consultantes encontrasen* en cada entrevista.

12) La hipótesis de que habría una mayor relación entre los aciertos de las terapeutas directas y la ayuda valorada por las consultantes que entre los aciertos de las supervisoras y la ayuda valorada por las consultantes. Es decir que los aciertos de las terapeutas directas a la hora de reconocer las ayudas buscadas por las consultantes tendrían más importancia que los de las supervisoras.

13) Que habría consultantes que estarían conformes con la clase de ayuda proporcionada y que al mismo tiempo estimarían que

la ayuda recibida en la sesión era poca, ya que la adecuación de las propuestas de las terapeutas a la clase de ayuda buscada no garantizaría la fortuna de las mismas. Por ejemplo, dando explicaciones sobre lo que ocurre a consultantes que desean ayuda para describir la situación que viven no se tendría garantizada la fortuna de las descripciones.

14) Y, por último, que habría una relación entre las valoraciones de ayuda de las consultantes y que las terapeutas encontrasen en las notas escritas y los videos de las entrevistas intervenciones ajustadas a la clase de ayuda deseada. Es decir, que en las entrevistas en las que las intervenciones fuesen congruentes con la clase de ayuda buscada las valoraciones de las consultantes serían mejores.

Diseño de los instrumentos

Se construyeron dos instrumentos basados en el modelo de pasos o etapas delegables de la estrategia de solución problemas. Uno destinado a las consultantes y el otro al equipo de psicoterapeutas (Anexos 1 y 2).

Para cada paso o etapa del modelo presentado en la figura 1 se elaboró un rótulo y cada rótulo constituyó un elemento de una lista de elección.

- *Descripción de la situación* se rotuló como «Entender o comprender lo que ocurre».
- *Valoración* se rotuló como «Saber qué hay de bueno y de malo en lo que ocurre».
- *Determinación de metas principales* se rotuló como «Saber qué es lo que quiero».
- *Selección de actuaciones* se rotuló como «Saber qué hacer para que las cosas cambien»
- *Determinación de metas subsidiarias* se rotuló como «Saber qué es lo que tengo que ir consiguiendo»
- *Actuación* se rotuló como «Que han gan cosas en mi lugar».

La lista fue sometida a la consideración de los terapeutas del equipo de CICOM y dos de los elementos, los correspondientes a Valoración y Actuación fueron eliminados. El primero porque parecía que la distinción entre lo deseable y lo indeseable o lo bueno y lo malo era una etapa indelegable por parte del consultante. Parecía una operación previa a la propia solicitud de consulta y, por tanto, impertinente como objeto de delegación. La actuación (en lugar de la consultante) pareció también una etapa a excluir, esta vez porque no era una delegación asumible por parte de las terapeutas y se entendía que el cuestionario iba a funcionar como un anuncio de lo que la terapia podía ofrecer. Partiendo de esta concepción el uso del cuestionario tendría inevitablemente costes y beneficios para la terapia, un valor terapéutico, y debían ser eliminados los elementos que pudiesen resultar claramente contraproducentes.

Teniendo en cuenta el carácter exploratorio que se quería dar a la investigación se decidió introducir dos clases de ayuda ajenas al prototipo de estrategia de solución de problemas: La primera relacionada con la expresión de los propios pensamientos y sentimientos («Expresar cosas que no sé como decir») y la segunda con el apoyo afectivo («Sentirme comprendida o comprendido»), un elemento del proceso de instrucción que encontramos en todos los sistemas de categorías destinados a dar cuenta de las actuaciones de los instructores (*dar apoyo afectivo a las personas que están en el papel de aprendiz*).

De este modo la lista de los elementos principales de cuestionario quedó así:

- A. Entender o comprender lo que ocurre.
- B. Saber como actuar para que las cosas cambien.
- C. Saber qué es lo que quiero.
- D. Saber qué es lo que tengo que ir consiguiendo
- E. Expresar cosas que no sé como decir.
- F. Sentirme comprendida o comprendido.

Como el primer objetivo de la investigación era comprobar si la lista de clases de ayuda podía dar cuenta de las clases de ayuda que querían las consultantes (Objetivo 1), se pensó en poner en el cuestionario una pregunta inicial destinada a que pudiesen solicitar un tipo de ayuda antes de que se les proporcionase la lista. Se pensó que esa pregunta debía estar en una página aparte, la primera y que se debía pedir a las consultantes que no mirasen las siguientes páginas antes de responder, con el fin de que no usasen la lectura de la lista para organizar sus respuestas.

Escogimos como texto para esa primera pregunta: «Para qué quiere usted que sirva la sesión que va a comenzar?»

La cuestión siguiente se redactó así: «De la lista que va a continuación, marque la opción que convenga más a la clase de ayuda que desea usted que se le proporcione en la sesión. Si lo cree necesario puede marcar más de una línea. En ese caso numérelas dándole el número 1 a la que considere más importante, el 2 a la siguiente, etc.»

El siguiente objetivo que nos planteamos fue buscar el modo de ver si el acierto de las terapeutas y las supervisoras al intentar reconocer las clases de ayuda deseadas estaba relacionado con la ayuda que las consultantes obtenían en cada entrevista. Con ese propósito se elaboró una tercera cuestión para las consultantes y una primera para los miembros del equipo (terapeuta y supervisoras). La pregunta para las consultantes era:

¿Cuánta ayuda ha encontrado usted en la sesión que acaba de terminar? (Marque con un redondel la opción que le parezca más adecuada).

NINGUNA POCA BASTANTE MUCHA MUCHÍSIMA

La pregunta, para que la terapeuta directa y cada una de las supervisoras respondiesen por separado, antes de haber leído las respuestas de los consultantes, al final de la entrevista, era:

¿Qué etapa de la solución del problema ha delegado la consultante en el equipo? (El equipo es la terapeuta y las supervisoras).

LA CONSULTANTE QUIERE:

- ENTENDER O COMPRENDER LO QUE OCURRE
- SABER CÓMO ACTUAR PARA QUE LAS COSAS CAMBIEN
- SABER QUÉ ES LO QUE QUIERE
- SABER QUÉ ES LO QUE TIENE QUE IR CONSIGUIENDO
- EXPRESAR COSA QUE NO SABE CÓMO DECIR
- SENTIRSE COMPRENDIDA O COMPRENDIDO

El cuestionario para las consultantes se completó con dos cuestiones más:

Ahora con la sesión ya acabada, ¿cree usted que el trabajo de hoy tendría que haberse dedicado a proporcionarles la clase de ayuda que usted ha obtenido de hecho o, por el contrario, debería haberse dedicado a proporcionarle a usted una clase de ayuda distinta?

Mire usted sí el tipo de ayuda que habría sido más adecuado figura en la lista. Si es así marque la casilla inicial. Si no figura en esta lista, describa la clase de ayuda que se tendría que haber intentado darle. Muchas gracias.

Estos resultados apoyan la idea de que las consultantes buscaban ayuda prioritariamente para encontrar formas de actuar capaces de producir cambios.

Cuando se examina las frecuencias de las ayudas buscadas por orden de importancia, la superioridad de la búsqueda de nuevas formas de actuar para conseguir cambios se hace aún más llamativa. Cuando las consultantes buscan sólo una clase de ayuda el 70% de las selecciones corresponden a saber cómo actuar. Cuando buscan ayudas de varias clases, *saber cómo actuar* es la más importante en el 40% de las ocasiones. Si se ven en conjunto las tres ayudas buscadas de mayor importancia (Tabla 2) la superioridad de este paso es llamativa, el 38% de las selecciones; pero aún lo es más la escasa frecuencia en que aparece como una ayuda de menor importancia. Entre las clases de ayuda buscadas en 4º, 5º y 6º lugar (en entrevistas en las que los consultantes buscan muchos tipos de ayuda) *saber cómo actuar* es seleccionada sólo en el 3% de las ocasiones.

La ayuda para *expresar cosas que no se sabe cómo decir* ha sido una clase de ayuda muy poco buscada por las consultantes. Nunca ha sido seleccionada como ayuda única y cuando se buscaban varias clases de ayuda sólo en el 2% de los cuestionarios apareció como primera en importancia. Es la menos frecuente en los tres primeros lugares y la que con mayor frecuencia (el 67%) ocupa el último lugar en cuanto a importancia, cuando las consultantes seleccionan todas las clases de ayuda como ayudas deseadas en la sesión.

En cuanto a la búsqueda de la *comprensión de la terapeuta* también fue una clase de ayuda secundaria. Tampoco apareció como ayuda única; pero, en comparación con *expresar cosas que no sé cómo decir*, fue seleccionada más a menudo en primera posición (7% de los cuestionarios) y menos a menudo como la 6ª y última ayuda en cuanto a su importancia (el 22% de las veces). No obstante, el rótulo de «sentirme comprendida o comprendido» parece haber dado lugar a interpretaciones imprevistas. En un cuestionario resulta particularmente claro que la persona que consulta ha interpretado el rótulo como una meta y no como un paso o etapa en el proceso de solucionar un problema. En su caso la ayuda que buscaba era «para hacer saber a los demás que sé lo que quiero y que sepan comprenderlo». Idéntico malentendido se produjo en dos ocasiones con supervisores que no habían participado en la elaboración del cuestionario.

Análisis de la ayuda valorada por las consultantes (Objetivo 5)

De los iniciales 62 cuestionarios, 56 reflejaron correctamente este dato. Los resultados indican que ninguna consultante estima-

	Tres primeros	Tres últimos
ENTENDER O COMPRENDER	23%	7%
SABER CÓMO ACTUAR	38%	3%
SABER QUÉ ES LO QUE QUIERO	7%	30%
SABER QUE TENGO QUE IR CONSIGUIENDO	20%	3%
EXPRESAR COSAS QUE NO SÉ COMO DECIR	2%	30%
SENTIRME COMPRENDIDA/O	9%	27%
TOTALES	100%	100%

ba que hubiese recibido *nada de ayuda*, una sexta parte de las consultantes estimaba que había recibido *poca ayuda* de la terapeuta, poco menos de la cuarta parte que había recibido *bastante ayuda* y algo más de la mitad que había recibido *mucha o muchísima* (Tabla 3).

En la Tabla 4 se puede apreciar la distribución de las estimaciones de la ayuda recibida en las entrevistas con una y dos consultantes. Las frecuencias de la valoración mayor (*muchísima*) y menor (*poca*) difieren notablemente en uno y otro grupo de entrevistas. La diferencia entre los dos grupo es significativa aplicando el test de Kolmogorov-Smirnov (D. Máx. 0,4211; $\alpha \leq 0,01$). Tal como se conjeturaba, las consultantes valoraban más la ayuda obtenida cuando se entrevistaban a solas con la terapeuta que cuando les acompañaba otra consultante.

Relación entre la clase de meta delegada y la ayuda valorada por la consultante (Objetivo 6)

El análisis de los datos obtenidos (Tabla 5) indica que la magnitud de la ayuda que percibieron las consultantes no tiene relación con el tipo de ayuda que deseaban. Parece que las terapeutas satisficieron igualmente un tipo de expectativa que otra: $\chi^2 = 5,026$; G. L. = 15; Prob. = 0,9919.

Relación entre acierto y ayuda valorada (Objetivos 7, 8, 9, 10, 11 y 12)

Inicialmente nos interesaba explorar en qué medida el equipo terapéutico era capaz de detectar las clases de ayuda que las consultantes deseaban obtener. La pregunta clave era si, terminada la sesión, el equipo terapéutico (terapeutas y supervisoras) podía informar acertadamente sobre la clase de ayuda que habían deseado

Grado de ayuda	Frecuencia	Porcentaje
NADA	0	0%
POCA	10	18,0%
BASTANTE	13	23,1%
MUCHA	27	48,2%
MUCHÍSIMA	6	10,7%

Ayuda valorada	Frecuencias observadas		Frecuencias relativas acumuladas	
	Entrevistas con UN CONSULTANTE	Entrevistas con DOS CONSULTANTES	Entrevistas con UN CONSULTANTE	Entrevistas con DOS CONSULTANTES
Poca	1	9	0,0263	0,2727
Bastante	8	5	0,2369	0,4242
Mucha	13	19	0,5789	1*
Muchísima	16	0	1	1
TOTALES	38	33		

*D. Max. = 0,4211 Valor crítico al nivel 0,01 = 0,3998
 $\chi^2 = 12,525$; G. L. = 2 PROB. = 0,0019

Tabla 5

Relación entre clase de ayuda buscada y ayuda valorada (se omite la fila de valores 0 que corresponde al nivel de ayuda NADA)

AYUDA BUSCADA						
Ayuda valorada	Entender o comprender	Saber actuar para que las cosas cambien	Saber qué es lo que quiero	Saber qué tengo que ir consiguiendo	Expresar cosas que no sé cómo decir	Sentirme comprendida/o
Poca	11	14	7	11	8	8
Bastante	12	15	5	12	6	11
Mucha	19	31	18	20	13	16
Muchísima	5	11	8	7	5	7
$\chi^2 = 5,026$; G. L. = 15			PROB. = 0,9919			

obtener las consultantes sin utilizar medios auxiliares (notas, registros en audio o vídeo o, por supuesto, los propios cuestionarios). La correcta detección por parte del equipo terapéutico nos interesaba en la medida en que se relacionase con la ayuda valorada por las consultantes.

Nuestras hipótesis eran:

1. Que tanto las terapeutas directas como las supervisoras sabrían informar de las clases de ayuda que buscaban las consultantes.

2. Y que las terapeutas directas acertarían más que las supervisoras.

3. Que las supervisoras con más experiencia acertarían más que las supervisoras con menos experiencia.

4. Que el acierto de las terapeutas directas estaría relacionado con las valoraciones de la ayuda que las consultantes hiciesen en cada entrevista: A mayor acierto mayor ayuda percibida por las consultantes.

5. Igualmente, que el acierto de las supervisoras estaría relacionado con la valoración de la ayuda de las consultantes.

Para realizar los análisis estadísticos distinguimos entre dos tipos de aciertos:

Aciertos de Presencia (A.P.): Considerando que hay acierto cuando la etapa delegada por la consultante es referida por las terapeutas, el índice de acierto de presencia se obtiene dividiendo el número de clases de ayuda cuya presencia ha sido correctamente detectada por las terapeutas entre el número de clases de ayuda buscadas por la consultante. Al utilizar este acuerdo se hace la hipótesis de que lo importante es acertar en lo que las consultantes buscan, no en lo que no buscan.

Ejemplo:

Clases de ayuda deseadas por la consultante: *entender o comprender, saber cómo actuar, sentirse comprendida/o.*

Clases de ayuda reconocidas por la supervisora: *entender o comprender, expresar cosas que no sé cómo decir.*

Índice de Acierto de Presencia: 1/3

Aciertos de Presencia–Ausencia (A.P.A.): Se considera que hay acierto si la clase de ayuda señalada por la consultante en el cuestionario es señalada por la terapeuta y si las clases de ayuda no señaladas por la consultante no son señaladas por la terapeuta. Al utilizar este índice de acierto se hace la hipótesis de que lo importante es ajustarse tanto a al deseo de ayuda como a la ausencia de deseo de ayuda.

Ejemplo:

Clases de ayuda deseadas por la consultante: *entender o comprender, saber cómo actuar y sentirse comprendida/o* (y clases de ayuda no buscada por la consultante: *saber qué es lo que quiero, saber qué tengo que ir consiguiendo y expresar cosas que no sé cómo decir*).

Clases de ayuda que la terapeuta cree que está buscando la consultante: *entender o comprender, expresar cosas que no sé cómo decir* (y clases de ayuda que la terapeuta cree que no está buscando la consultante: *saber cómo actuar para que las cosas cambien, saber qué es lo que quiero, saber qué es lo que tengo que ir consiguiendo y sentirme comprendida/o*).

Índice de Acierto de Presencia–Ausencia: $1+2/6 = 3/6$

La terapeuta tiene un acierto al suponer que la consultante buscaba entender o comprender y dos más suponiendo que no buscaba ayuda para «saber qué es lo que quiero» y «saber que es lo que tengo que ir consiguiendo». El denominador corresponde al número total de elecciones posibles.

Usando estos dos índices encontramos que:

1. Los promedios de acierto de las terapeutas directas fue: A.P.= 0,48 y A.P.A.= 0,58. Los promedios de las supervisoras: A.P.= 0,47 y A.P.A.= 0,60. En contra de nuestras hipótesis los promedios de acierto son bastante bajos.

2. No hay apenas diferencias consistentes entre terapeutas directas y supervisoras.

3. La comparación de los aciertos del grupo de supervisoras expertas con el grupo de supervisoras inexpertas mediante la prueba U de Mann–Whitney no da diferencias estadísticamente significativas para el *índice de acierto de presencia* y sí para el de *presencia–ausencia*. Con este índice eran las supervisoras menos expertas las que más aciertan al interpretar los deseos de las consultantes. Este resultado es contrario a nuestra hipótesis.

U para el Índice A.P.: 772,5; Z=-1,077; Prob.=0,1406.

U para el Índice de A.P.A.: 628,0; Z=-1,997; Prob.=0,0229.

4. Utilizando el coeficiente de correlación Rho de Spearman para datos ordinales, para examinar la relación entre los aciertos de las terapeutas directas y la ayuda valorada por las consultantes:

La Rho entre el Índice A.P. y Ayuda Valorada resultó ser de 0,0086 y la Rho entre el Índice A.P.A. y Ayuda Valorada de -0,0168

Ni el Índice A.P. ni el Índice A.P.A. correlacionaron con la ayuda valorada por las consultantes.

5. Por el contrario, utilizando el mismo estadístico, los aciertos de las supervisoras sí correlacionaron de manera significativa con la ayuda valorada por las consultantes.

La Rho entre el Índice A.P. y Ayuda Valorada resultó ser de 0,34 ($\alpha \leq 0,05$) y la Rho entre el Índice A.P.A. y Ayuda Valorada de 0,27 ($\alpha \leq 0,05$)

Hasta aquí vemos que sólo los aciertos de las supervisoras correlacionan de modo significativo con la ayuda valorada en la sesión por las consultantes.

Relación entre conformidad con la clase de ayuda proporcionada y ayuda valorada por las consultantes (Objetivo 13)

Para examinar esta relación atendimos a las respuestas obtenidas en la penúltima pregunta del cuestionario («¿Ahora, con la sesión ya acabada, cree usted que el trabajo de hoy tendría que haberse dedicado a proporcionarle la clase de ayuda que usted ha obtenido de hecho o, por el contrario, debería haberse dedicado a proporcionarle a usted una clase de ayuda distinta?»). De los 56

cuestionarios que responden a la pregunta, en 47 se afirma que la sesión se dedicó a proporcionar la ayuda que se necesitaba (83,92%) y en los 9 restantes se señala que se habría debido de dar otro tipo de ayuda (16,08%). Las necesidades no cubiertas en las sesiones fueron las siguientes:

La necesidad de *entender lo que esta ocurriendo*, en 4 ocasiones.

La necesidad de *saber como actuar para que las cosas cambien*, en 2 ocasiones.

La necesidad de *ayudar a saber lo que se quiere*, en 1 ocasión.

La necesidad de *sentirse comprendida/o*, en 1 ocasión.

La distribución de las conformidades y disconformidades según el grado de ayuda se puede examinar en la Tabla 6. La prueba de χ^2 indica que existe una relación ajena al azar entre *conformidad y valoración de la ayuda* ($\chi^2 = 10,95$, PROB. = 0,012).³ Parece que cuando las consultantes se encontraban conformes con la *clase de ayuda* proporcionada valoraban más la ayuda recibida. Sin embargo existen casos en los que las consultantes, a pesar de estar conformes con la *clase de ayuda* obtenida, creían haber obtenido poca ayuda. Este resultado indica que el ajuste al tipo de ayuda que busca la consultante no garantiza la calidad de la intervención.

Relación entre congruencia de la intervención terapéutica y ayuda valorada (Objetivo 14)

Por último quisimos examinar la relación entre la valoración de la ayuda recibida y la clase de intervención que las terapeutas estimaban que habían hecho cuando revisaban las notas o los videos de las sesiones. Se llamó *congruencia* al ajuste de las intervenciones de las terapeutas con la clase de ayuda señalada por la consultante en el cuestionario de la sesión. Calificamos de *totalmente congruentes* a aquellas sesiones en las que las terapeutas estimaban que las intervenciones se ajustaban con todas las clases de ayuda buscadas por la consultante. Cuando, en opinión del equipo terapéutico alguna clase de ayuda no se había proporcionado, la sesión se calificaba de *no congruente*. La ayuda valorada por las consultantes también se agrupó en dos bloques. En un bloque se agruparon las valoraciones de *mucha o muchísima* ayuda y en el otro las de *poca o bastante* (tenemos que recordar que no hubo ninguna consultante que respondiese que había recibido ninguna ayuda). En la Tabla 7 se puede ver la distribución resultante.

El análisis realizado nos indica que hay una relación entre la ayuda valorada por las consultantes y la congruencia de las intervenciones realizadas en las sesiones. Con un margen de un tres por ciento de error, podemos ver que se valoran más las sesiones en las que las terapeutas estiman que sus intervenciones han sido totalmente congruentes con la clase de ayuda buscada por la consultante.

	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima
Conforme	4	10	27	6
Disconforme	6	3	0	0
Total	10	13	27	6
$\chi^2 = 10,95$		PROB. = 0,012		

Resumen de resultados

a) Los pasos del prototipo de estrategia utilizados al elaborar la lista de clases de ayuda no son suficientes para dar cuenta de todas las delegaciones que deseaban hacer las consultantes.

b) Las consultantes buscaban ayuda prioritariamente para encontrar formas de actuar capaces de producir cambios, para entender las situaciones que motivan las quejas y para marcar hitos dentro de un plan.

c) La ayuda para *expresar cosas que no se sabe como decir* ha sido una clase de ayuda muy poco buscada por las consultantes.

d) La búsqueda de la *comprensión de la terapeuta* también fue una clase de ayuda secundaria. Además, el rótulo de «sentirme comprendida o comprendido» parece haber dado lugar a interpretaciones imprevistas.

e) Ninguna consultante estimaba que hubiese recibido *nada de ayuda*, una sexta parte de las consultantes estimaba que había recibido *poca ayuda* de la terapeuta, poco menos de la cuarta parte que había recibido *bastante ayuda* y algo más de la mitad que había recibido *mucha o muchísima*.

f) Las consultantes valoraban significativamente más la ayuda obtenida cuando se entrevistaban a solas con la terapeuta que cuando les acompañaba otra consultante.

g) La magnitud de la ayuda que percibieron los consultantes no tiene relación con el tipo de ayuda que deseaban. Las consultantes obtenían la misma cantidad de ayuda de las terapeutas si deseaban unas clases de ayuda u otras.

h) Las terapeutas directas y las supervisoras no sabían informar bien de las clases de ayuda que buscaban las consultantes.

i) No hay apenas diferencias consistentes entre terapeutas directas y supervisoras.

j) Las supervisoras menos expertas tienen mejores resultados al informar sobre lo que buscaban las consultantes que las supervisoras expertas.

k) No hay relación entre el acierto de la terapeuta y la ayuda encontrada por las consultantes.

l) Sólo los aciertos de las supervisoras correlacionan de modo significativo con la ayuda valorada en la sesión por las consultantes.

m) Cuando las consultantes se encontraban conformes con la *clase de ayuda* proporcionada valoraban más la ayuda recibida. Sin embargo, existen casos en los que las consultantes a pesar de estar conformes con la *clase de ayuda* obtenida creían haber obtenido poca ayuda.

n) Hay una relación entre la ayuda valorada por las consultantes y la congruencia de las intervenciones realizadas en las sesiones.

Adecuación a la clase de ayuda buscada	AYUDA VALORADA		Total
	Poca o Bastante	Mucha o Muchísima	
No congruentes	9	7	16
Totalmente congruentes	6	24	30
Total	15	31	46
$\chi^2 = 4,699$; G.L. = 1;		PROB.= 0,0302	

nes: Se valoran más las sesiones en las que las terapeutas estiman que sus intervenciones han sido totalmente congruentes con la clase de ayuda buscada por la consultante.

Discusión y conclusiones

Sobre lo que desean las consultantes en las terapias

El resultado sobre las clases de ayuda buscadas con más frecuencia nos reafirma en la idea de que la búsqueda de algo diferente para hacer es un tema de conversación más que adecuado para los intereses de las consultantes. La búsqueda de explicaciones acerca de las situaciones en las que surgen los motivos de queja también es un tema de gran importancia a tenor de las respuestas que nosotras hemos obtenido. Es un resultado que, como los demás del estudio, merece una investigación más amplia, con personas que consulten en diferentes centros; pero confirma nuestra impresión de que si las terapeutas nos centramos exclusivamente en las acciones que las consultantes han emprendido en el pasado o emprenden en la actualidad dejamos insatisfechas algunas de sus expectativas.

La autoexpresión, por el contrario, parece ser una necesidad secundaria en nuestras consultas. Obtuvo, con mucho, la menor frecuencia en la selección de clases de ayuda que deseaban obtener las consultantes. La baja frecuencia con la que se seleccionó ese tipo de ayuda en los lugares prioritarios (en primer, segundo o tercer lugar) y la alta en que se situó en el cuarto, quinto o sexto tipo de ayuda parecen indicar que no encaja bien con la concepción de la terapia que tenían nuestros consultantes. No parece esta una puerta por la que quisieran llevar la conversación las personas que nos pedían terapia.

El rótulo destinado a señalar el paso de definición de metas principales, «saber qué es lo que quiero», ha sido seleccionado pocas veces por las consultantes y sin embargo, el rótulo destinado a señalar la definición de metas subsidiarias («saber qué es lo que tengo que ir consiguiendo») ha sido el tercero en frecuencia de selección. Esto, y algunos indicios encontrados en las entrevistas, nos hace pensar que las consultantes pueden haber visto en el rótulo elegido para *determinación de metas principales* algo parecido a «expresar cosas que no se como decir». Un tipo de ayuda destinado a «autoexpresarse».

Con el rótulo de «sentirme comprendida o comprendido», los malentendidos han quedado patentes. En un cuestionario resultó particularmente claro que la persona que consultaba había interpretado el rótulo como una clase de *meta* más que cómo una clase de ayuda, cuando además de seleccionar esa línea indicaba que deseaba ayuda «para hacer saber a los demás que sé lo que quiero y que sepan comprenderlo». Idéntico malentendido se produjo en dos ocasiones con supervisoras que no habían participado en la elaboración del cuestionario. Esta clase de ayuda, no obstante, ha resultado casi siempre secundaria.

Por los resultados obtenidos, parece que con los pasos seleccionados del prototipo de estrategia de la Figura 1 se da cuenta de los tipos de ayuda que las consultantes buscaban, con tan sólo 6 respuestas no clasificables de las 23 que hacen referencia al proceso de conseguir objetivos. Esas seis respuestas corresponden, además, a pasos que, estando en el prototipo, no habíamos considerado pertinentes al elaborar el cuestionario. Sin embargo, a la vista de las respuestas, y en contra de lo que el equipo del Centro de Investigaciones Comunicacionales opinaba al principio, *valo-*

ración si parece un paso que se puede recoger, sin menoscabo del trabajo terapéutico, cuando se refiere:

I. A la selección de metas subsidiarias y de posibles actuaciones (es decir, si la consultante busca ayuda para evaluar los costes de un determinado plan o de una determinada actuación)

II. A los resultados que se derivan de una o varias actuaciones («Saber qué valoración merecen los pasos que dimos»).

III. A la situación actual en tanto origen o no de futuras dificultades («Saber si ya estoy bien»).

Han aparecido, además, dos respuestas que reclaman la inclusión de una nueva etapa susceptible de ser delegada: la de la *valoración de las posibilidades de cambio favorable en una situación* (o de las posibilidades de éxito si se intenta conseguir una meta). Con esta inclusión se haría eco a las voces que afirman que la confianza del terapeuta en la posibilidad de éxito del consultante ante el problema es una variable importante a la hora de predecir el éxito terapéutico.

Así pues parece necesario incluir rótulos para cuatro etapas no contempladas:

1) Valorar los costes y beneficios de las actuaciones que se planean y de las metas subsidiarias que se pretenden alcanzar.

2) Valorar los resultados de los procedimientos o actuaciones llevados a cabo para conseguir los objetivos o, incluso, valorar la propia ejecución (no sólo si resultó bien o mal hacer lo que se hizo sino también si lo que se hizo se hizo bien o si se podía haber hecho mejor).

3) Anticipar las dificultades que se puedan presentar en el futuro si se continúa con una determinada estrategia.

4) Valorar la posibilidad de cambiar favorablemente una situación indeseable para los consultantes.

Según los resultados obtenidos las entrevistas que fueron evaluadas como «de poca ayuda» parecen ser malas entrevistas. Sin embargo, en dos ocasiones, encontramos en los cuestionarios anotaciones que indican que no se puede tomar sin más las evaluaciones de la ayuda como evaluaciones sobre la calidad del trabajo terapéutico. En cuestionarios de dos personas diferentes, se dice que la «poca ayuda» recibida proviene de una entrevista «sumamente rica» (en un caso) y de una entrevista «que estuvo bien» (en el otro). Con estos dos comentarios se hace evidente que algunas consultantes pueden haber distinguido entre la ayuda obtenida y la satisfacción. A tenor de estas respuestas parece que sería preferible preguntar por la *satisfacción* del consultante con el trabajo realizado durante la sesión y preguntar separadamente por la ayuda recibida. Por otra parte los dos comentarios hacen plausible la idea de que las mismas calificaciones dadas por personas diferentes pueden tener valores distintos. Una evaluación de «poca ayuda» puede indicar en un caso que es aconsejable que las terapeutas cambien de estrategia, si quieren hacer intervenciones adecuadas, mientras que en otro puede indicar que es aconsejable que se mantenga la misma estrategia. Esto nos lleva a pensar que, en lugar de tomar como variables las calificaciones que los consultantes dan a las entrevistas, deberíamos tomar como variables la diferencia en las calificaciones de entrevistas sucesivas. Es decir, en lugar de atender a la evaluación deberíamos atender al cambio en la evaluación, y crear dos variables, la de *diferencias favorables* y la de *diferencias desfavorables*. Si en un caso se pasa de un «poco» -2-, en la evaluación de la ayuda en la segunda entrevista, a una evaluación de «mucho» -4-, en la tercera entrevista, la variable *diferencias favorables*, tendría un valor de 2 en la tercera entrevista y la de *diferencias desfavorables* un valor de 0. En otro caso, en el

que la evaluación de la ayuda haya pasado de «muchísima» -5- a «poca» -2-, la variable *diferencias favorables* tendría un valor de 0 y la de *diferencias desfavorables* un valor de 3. De este modo obtendríamos variables que nos servirían para valorar directamente y de manera fiable si la estrategia de intervención es o no adecuada.

La diferencia en las estimaciones de ayuda en entrevistas con uno y dos consultantes va tal como habíamos esperado y es peor cuando hay dos consultantes que cuando hay una. Nuestra hipótesis es que el aumento de confrontación entre interlocutores en las entrevistas correlaciona con la disminución de la ayuda evaluada por las consultantes y que en las entrevistas en que hay una consultante el entrenamiento de las terapeutas de nuestra muestra hace que la interacción sea netamente más colaboradoras que las entrevistas en las que hay dos o más consultantes (Toribios Alvarez, Gómez Fontanil y Coto Ezama, 1998). En otras investigaciones hemos encontrado una asociación entre la frecuencia de movimientos no colaboradores en el curso de las entrevistas y la atribución de eficacia a la terapia. Esa asociación se encontró cuando se tuvieron en cuenta las respuestas y las réplicas de todas las participantes, sin distinguir si eran consultantes o terapeutas. Aprendiendo de este resultado, todas las terapeutas de la muestra se han adiestrado para evitar respuestas y réplicas no colaboradoras, de forma que en entrevistas con una sola consultante la frecuencia de estos movimientos tiende a ser muy baja: las terapeutas pueden evitar con facilidad los pasajes no colaboradores. En entrevistas con dos consultantes las respuestas y réplicas que se dirigen entre sí suelen aumentar las frecuencias relativas de movimientos no colaboradores y para la terapeuta es muy difícil evitar pasajes de confrontación sin incurrir ella misma en réplicas y respuestas no colaboradoras. La consecuencia es que los índices de colaboración de entrevistas con más de un consultante suelen ser peores. El resultado que hemos obtenido concuerda con nuestra hipótesis; sin embargo, sin una evaluación directa de la colaboración, como la realizada en Gómez Fontanil (1989), no se puede descartar que la asociación entre menor ayuda y mayor número de consultantes no se deba a otros factores -tales como el menor tiempo que las terapeutas pueden dedicar a satisfacer las delegaciones de cada persona, por ejemplo.

La eficacia de las terapeutas para ayudar a las consultantes sin que importase la clase de ayuda que buscaban, la asociación entre la ayuda obtenida por las consultantes y que las terapeutas hubiesen trabajado en congruencia con las ayudas buscadas, junto a que las terapeutas fuesen tan ineficaces a la hora de informar acertadamente de las clases de ayuda que buscaban las consultantes, hacen un combinado llamativo. Para interpretar estos resultados hemos encontrado la clave en otros igualmente sorprendentes: que las terapeutas que hayan informado con más acierto hayan sido las supervisoras inexpertas y que las supervisoras expertas hayan sido más eficaces que las terapeutas directas. Creemos que la ineficacia de las terapeutas directas obedece a la misma razón por la que las supervisoras inexpertas fueron superiores a las expertas. Pensamos que la ineficacia de las terapeutas directas y de las supervisoras expertas se debe a que el diseño y la elección de estrategias de intervención interfiere con la tarea de recordar las clases de ayuda que identificaron. Dicho de otra manera: la ineficacia de las expertas no sería ineficacia en el reconocimiento de los deseos de las consultantes, sino en el recuerdo de lo que han reconocido durante la entrevista. Las supervisoras inexpertas, al ser mucho menos hábiles para planificar intervenciones trabajarían menos en ese sentido y la tarea de recuerdo quedaría menos interferida en su caso que

en el de las supervisoras expertas, más dedicadas a tareas de planificación. Las terapeutas directas al tener que realizar no sólo las tareas de planificación de intervenciones, sino otras muchas relativas a la conducción de la entrevista, se encontrarían todavía con más dificultades para recordar. Según esta hipótesis la ineficacia de las terapeutas directas y de las supervisoras expertas disminuiría muchísimo si, para hacer el informe que solicitábamos, la tarea de reconocimiento la hiciesen repasando el vídeo de las sesiones. En esas condiciones las supervisoras inexpertas deberían ser más ineficaces que las expertas y las expertas más ineficaces que las terapeutas directas, quienes podrían recordar expresiones inapreciables en la pantalla. El conjunto de estos resultados podría indicar que, en general, informes de terapeutas, realizados al final de las sesiones de terapia, en los que se hagan valoraciones complejas sobre las mismas, resultan escasamente fiables si no se sirven de medios auxiliares, tales como registros de audio o vídeo.

La hipótesis principal de la que partíamos al inicio de este trabajo decía que cuanto más se ajustasen las intervenciones del equipo terapéutico a las expectativas de las consultantes más ayuda percibirían éstas. La hipótesis ha quedado confirmada por la correlación significativa entre el grado de congruencia de las intervenciones psicoterapéuticas y el grado de ayuda valorado y este resultado es particularmente alentador y perfila, como esperábamos, un nuevo tipo de puertas hacia la solución. Para poner a prueba la hipótesis hemos tomado como variable las estimaciones de las terapeutas acerca de la correspondencia de las intervenciones con las clases de ayuda de la lista del cuestionario. Confirmada la hipótesis nos parece que ahora es de gran interés desvelar los criterios por los que se guiaron las terapeutas para hacer esas estimaciones y decidir a qué tipo de ayuda se ajustaban las intervenciones realizadas. Pensamos que sistematizar los criterios podría darnos una herramienta de trabajo muy útil para adecuar las estrategias terapéuticas de forma sistemática. El trabajo puede consistir en la elaboración de una lista de los *tipos de intervención* que utilizan las terapeutas y en la determinación de las características de las intervenciones que permiten que se las pueda identificar de manera fiable como especímenes de uno (o varios) tipos de intervención.

Ahora bien, el resultado obtenido, cuando examinamos la distribución conjunta de la ayuda valorada y la conformidad de las consultantes con el tipo de ayuda proporcionada, indica que la *conformidad de las consultantes con la ayuda que se les quiere proporcionar*, el tercer tipo de adecuación del que hablábamos en el apartado inicial de este trabajo, no se logra diseñando, sin más, una intervención del *tipo* adecuado. La intervención debe recoger las delegaciones de las consultantes y ajustarse a la clase de ayuda buscada; pero además debe parecerles afortunada. El ajuste tiene que ser aún más fino. No vale con acercarle un martillo a quien busca una herramienta para anclar una viga con clavos. El martillo debe tener la forma y el peso adecuados para que la operaria decida utilizarlo. La herramienta debe parecerle utilizable. Luego vendrá que, de hecho, pueda comenzar a usarla eficazmente, persistiendo en practicar con ella el tiempo necesario y, finalmente, que cuando consiga usarla con eficacia los clavos y la disposición de las vigas den suficiente estabilidad a la estructura como para que la construcción pueda seguir adelante.

La exploración que hemos realizado y, en particular, constatar la importancia de atender las expectativas de las consultantes nos ha llevado a desear contar con un instrumento con el que las consultantes puedan informar abiertamente a las terapeutas de la cla-

se de ayuda que desean obtener y de la adecuación de las intervenciones realizadas. Un cuestionario con el que las consultantes puedan señalar sus metas para la sesión y los pasos de la búsqueda de soluciones en los que desean que las terapeutas les ayuden. Desde luego entendemos que el nuevo instrumento, como el cuestionario y las escalas de evaluación utilizadas en este trabajo, no será un sistema para evaluar o describir lo que les acontece a las consultantes, las concepciones que tienen acerca de la terapia o las repercusiones que tienen las intervenciones terapéuticas. Estos instrumentos no pueden ser tomados, en modo alguno, como procedimientos de «medida» de lo que, existiendo ya, está oculto, *si no herramientas para que las consultantes puedan producir algo que no existe aún*: instrucciones y evaluaciones que sin el cuestionario y las escalas es muy improbable que lleguen a producir. En este estudio, por ejemplo, al comparar las respuestas a la primera pregunta del cuestionario con las respuestas dadas a la segunda hemos constatado que se dan respuestas más ricas en delegaciones cuando las consultantes utilizan la lista. Pues bien, nos interesa algo que les sirva a las consultantes para señalar las áreas de intervención que el equipo debe atender en la terapia y para informar sobre la adecuación del trabajo que se va realizando.

En el nuevo instrumento nos parece que tenemos que retomar el tema del sentimiento de ser comprendida y de la «autoexpresión» de las consultantes; pero situándolo en una nivel de adecuación diferente. Cuando nos hemos preguntado por lo que hacíamos para ayudar a una persona que parece buscar el apoyo afectivo y la comprensión de la terapeuta las respuestas han sido: mostramos cariñosas con ella y preocupadas por su bienestar, elogiar sus esfuerzos y alabar su capacidad. Dicho de otro modo, damos más muestras de *cortesía positiva* cuidando «las imágenes valiosas de sí mismas que las interlocutoras construyen e intentan imponer en la interacción» (Kerbrat-Orecchioni, 1992: 168). Y cuando nos hemos preguntado por lo que hacemos para ayudar a una persona que busca en la terapia una ocasión de expresar sus sentimientos o, volviendo al problema original, por lo que hacemos cuando nos encontramos con que las consultantes se muestran incómodas cuando hacemos propuestas explícitas de actuación o damos opiniones, la respuesta ha sido atenuar las aseveraciones y las recomendaciones, introduciéndolas con fórmulas tales como «me parece que» o «podría ser que» o «tal vez» o sustituyéndolas por preguntas o por relatos y anécdotas y, en general, introducir fórmulas de *cortesía negativa* que conllevan un intento de preservar la libertad de acción de los interlocutores (Kerbrat-Orecchioni, 1992; Brown y Levinson, 1987, Haverkate, 1994). Estas respuestas han llevado el tema directamente a los dominios del cuarto capítulo sobre la adecuación del trabajo terapéutico que

presentamos en la introducción. Nos han llevado al terreno de las *cualificaciones relacionales*: al de la descripción de las cualidades y derechos relativos de las interlocutoras que se negocia implícitamente en el curso de las conversaciones. El deseo de las consultantes de obtener apoyo afectivo o «comprensión» o «escucha» por parte de la terapeuta, lo mismo que el deseo de que la ayuda de la terapeuta no las coloque en una posición de inferioridad se sitúan, pues, en un nivel de adecuación diferente al de la atención a las delegaciones. No son los planes lo que está en juego cuando se trata de apoyo afectivo o «autoexpresión» sino la reputación de las consultantes. Esto nos hace pensar que, si la adecuación se dice de varias maneras, para producir un juego de herramientas que ayude a conseguirla necesitamos atender a sus formas separadamente.

Para terminar: Lo prioritario en la terapia no es la ayuda valorada ni la satisfacción con el trabajo realizado ni la reputación de las consultantes ante las terapeutas y ante otras consultantes, sino la desaparición de los motivos de queja. Nosotras creemos que todas las demás adecuaciones son sacrificables si se ayuda a las consultantes a hacer que sus problemas se resuelvan y, por ese motivo, la cuestión que nos debemos responder, a la postre, es si los instrumentos que nos hemos dado y los que nos vamos a dar sirven para que más personas obtengan ayuda cuando acuden a la consulta de una psicoterapeuta, para que las soluciones que obtengan sean mejores y para que las obtengan de manera menos costosa.

Notas

- ¹ En este escrito se utiliza como genérico el femenino, dado que son mujeres la mayoría de las personas que han participado en la investigación como consultantes, como terapeutas y como investigadoras.
- ² Entre los años 1987 y 1990, el equipo del Centro de Investigaciones Comunicacionales trabajó con versiones sucesivas de un protocolo de entrevista semi-estructuradas basado en las «puertas» de De Shazer (1985) —en Gómez Fontanil (1989) hay una descripción de la última versión del protocolo— y en 1988, varias colaboradoras del Centro —Carmen Rodríguez Blanco, Ana Jesús Rodríguez Hevia, Natalia Sánchez Carretero y Matilde Ugarte Fernández— intentaron infructuosamente elaborar un sistema de categorías fiable con el fin de analizar las quejas utilizando los criterios de De Shazer.
- ³ Se ha hecho la corrección al uso para tablas con casillas que contienen ceros, es decir, sumando cinco a los valores de cada casilla.

Anexo 1

Hoja de evaluación de sesiones terapéuticas

Página 1:

¿PARA QUÉ QUIERE USTED QUE LE SIRVA LA SESIÓN QUE VA A COMENZAR? (Cuando acabe de escribir su respuesta dele la vuelta a la página. No lo haga si no ha escrito todavía.)

Si tiene alguna dificultad para responder, pregunte.

Página 2:

De la lista que va a continuación, marque la opción que convenga más a **la clase de ayuda que desea usted que se le proporcione en la sesión**. Si lo cree necesario puede marcar más de una línea. En ese caso numérelas dándole el número 1 a la que considere más importante, el 2 a la siguiente, etc.

- [] ENTENDER O COMPRENDER SUFICIENTEMENTE LO QUE OCURRE.
 [] SABER CÓMO ACTUAR PARA QUE LAS COSAS CAMBIEN.

- SABER QUÉ ES LO QUE QUIERO.
- SABER QUÉ ES LO QUE TENGO QUE IR CONSIGUIENDO.
- EXPRESAR COSAS QUE NO SÉ CÓMO DECIR.
- SENTIRME COMPRENDIDA O COMPRENDIDO.

Si tiene alguna dificultad para responder, pregunte.

Página 3:
PARA DESPUÉS DE LA SESIÓN

Página 4:
 ¿CUÁNTA AYUDA HA ENCONTRADO USTED EN LA SESIÓN QUE ACABA DE TERMINAR? (*Marque con un redondel la opción que le parezca más adecuada.*)
 NINGUNA POCA BASTANTE MUCHA MUCHÍSIMA

¿Ahora, con la sesión ya acabada, cree usted que el trabajo de hoy tendría que haberse dedicado a proporcionarle la clase de ayuda que usted ha obtenido de hecho o, por el contrario, debería haber-

se dedicado a proporcionarle a usted una clase de ayuda distinta? Mire a ver si el tipo de ayuda que habría sido más adecuado para usted figura en la lista. Si es así marque la casilla inicial. Si no figura en esta lista, describa la clase de ayuda que se tendría que haber intentado darle. Muchas gracias.

- AYUDARME A LLEGAR A ENTENDER O COMPRENDER SUFICIENTEMENTE LO QUE OCURRE.
- AYUDARME A SABER CÓMO ACTUAR PARA QUE LAS COSAS CAMBIEN.
- AYUDARME A SABER QUÉ ES LO QUE QUIERO.
- AYUDARME A SABER QUÉ ES LO QUE TENGO QUE IR CONSIGUIENDO.
- AYUDARME A EXPRESAR COSAS QUE NO SÉ CÓMO DECIR.
- DARMER LA SENSACIÓN DE QUE PUEDO SER COMPRENDIDA O COMPRENDIDO.

Si tiene alguna dificultad para responder, pregunte.

Anexo 2 Hoja para el equipo

HOJA 1:

Instrucciones importantes:

- Cubrir al final de la entrevista sin haber leído las respuestas de la/s consultante/s.
- Cada persona del equipo debe rellenar una copia de la hoja 1 por cada consultante, sin comentar nada con el resto de las terapeutas.
- El equipo en conjunto debe rellenar una copia de la hoja 2, consultando las notas de la sesión y el vídeo si no puede decidir sólo con las notas.

Número de la historia de consulta: ____
 Nombre de la consultante: _____
 Número de entrevista: ____
 Nombre de la Terapeuta: _____
 Papel:
 Terapeuta directa
 Supervisora

LA CONSULTANTE QUIERE AYUDA PARA

- ENTENDER O COMPRENDER LO QUE OCURRE.
- SABER CÓMO ACTUAR PARA QUE LAS COSAS CAMBIEN.
- SABER QUÉ ES LO QUE QUIERE.
- SABER QUÉ ES LO QUE TIENE QUE IR CONSIGUIENDO.
- EXPRESAR COSAS QUE NO SABE CÓMO DECIR.
- SENTIRSE COMPRENDIDA.

HOJA 2:

Número de la historia de consulta: ____
 Nombre de la consultante: _____
 Número de entrevista: ____
 Marcar con una cruz las líneas en las que se ha trabajado con las consultantes a lo largo de la sesión.

- ENTENDER O COMPRENDER LO QUE OCURRE.
- SABER CÓMO ACTUAR PARA QUE LAS COSAS CAMBIEN.
- SABER QUÉ ES LO QUE QUIERE.
- SABER QUÉ ES LO QUE TIENE QUE IR CONSIGUIENDO.
- EXPRESAR COSAS QUE NO SABE CÓMO DECIR.
- SENTIRSE COMPRENDIDA

Referencias

Baenninger-Huber,E; Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. *Psychotherapy-Research*, 9(1): 74-87

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260

Brown, P. y levinson, S. (1987). *Politeness. Some universals in language use*. Cambridge: CUP.

De Shazer, S. (1986). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós. (Orig. 1986).

Gómez Fontanil, Y. (1989). *Análisis de la Interacción: Una nueva propuesta y su aplicación al estudio de las entrevistas terapéuticas*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.

Haley, J. (1971). *Estrategias en psicoterapia*, Barcelona: Toray. (Orig. 1966).

Haley, J. (1973). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1973)

Haley, J. (1984). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1976).

Haverkate, H. (1994). *La cortesía verbal. Estudio pragmalingüístico*. Madrid: Gredos.

Horvath, A. y Greenberg, L.S. (1986). Development and validation of the Working Alliance Inventory. En L.S. Greenberg y W.M. Pinsof: *The Psychotherapeutic Process. A research handbook*. Nueva York: Guilford.

- Kerbrath-Orecchioni, C. (1992). *Les interactions verbales, Tome II*. Paris: Armand Colin.
- Kozart, M.F. (1996). A sociological perspective on the therapeutic alliance: Ethnomethodology and conversation analysis. *Psychotherapy*, 33(3): 361-371
- Ladany, N.; Ellis, M.V.; Friedlander, M.L. (1999). The supervisory working alliance, trainee self-efficacy, and satisfaction. *Journal-of-Counseling-and-Development*, 77(4): 447-455
- O'Hanlon, W. (1998). Possibility therapy: An inclusive, collaborative, solution-based model of psychotherapy. En Hoyt, Michael F. (Ed); et al. (1998). *The handbook of constructive therapies: Innovative approaches from leading practitioners*. San Francisco, Jossey-Bass Inc, Publishers.
- Pinsof, W.M. (1995). *Integrative problem-centered therapy. A synthesis of family, individual and biological therapies*. Nueva York: BasicBooks.
- Pinsof, W.M. y Catherall, D.R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales, *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 2, 137-151.
- Reis, B.F.; Brown, G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36(2): 123-136
- Rodríguez Blanco, C. (1993). *Valor inyuntivo de los mensajes del tipo 'sí, pero...' en entrevistas psicoterapéuticas*. Manuscrito no publicado. Universidad de Oviedo.
- Sánchez Carretero, N. (1993). *Marcos maternos de instrucción en la primera infancia: el desarrollo como tarea conjunta adulto-niño*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo..
- Sierra Blanco, I. (1993). *Muestreo temporal frente a registro continuo: Diferencias en los índices de colaboración de entrevistas psicoterapéuticas analizadas con el S.A.I.I.* Manuscrito no publicado. Universidad de Oviedo. .
- Toribios Alvarez, A.; Gómez Fontanil, Y. y Coto Ezama, E. (1998). Interactional Analysis of Therapy Interviews. Comunicación presentada en la *Family Research and Family Therapy Conference*. Londres.
- Watzlawick, P.; Beavin, J.H. y Jackson, D.D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder. (Orig. 1967).
- Watzlawick, P.; Weakland, J. H. y Fish, R. (1990). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder. (Orig. 1974).

Aceptado el 10 de julio de 2000

3.2. Artículo. *Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia?*

Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia?

Esteban Ezama¹, Yolanda Alonso², Sara González¹, Saturnino Galván¹ y Yolanda Fontanil³

¹ Centro de Investigaciones Comunicacionales, ² Universidad de Almería y ³ Universidad de Oviedo

Una de las condiciones que definen una buena alianza terapéutica es el acuerdo mutuo en cuanto a metas y tareas terapéuticas. Con el objetivo de contribuir al estudio de los factores que promueven este ajuste, este artículo explora el tipo de ayuda que las personas esperan obtener cuando acuden a psicoterapia. Mediante un cuestionario escrito, los consultantes de un centro privado de psicoterapia expresaron antes de cada sesión sus preferencias sobre el trabajo a desarrollar en la misma. El análisis de 873 cuestionarios revela que los consultantes prefieren abordar tareas terapéuticas que les ayuden a planificar actuaciones, a entender lo que les ocurre y a valorar las posibilidades de cambio. También son importantes las tareas que ayudan a valorar actuaciones propias, tanto pasadas como planeadas. La importancia que otorgan a unas y otras clases de ayuda cambia sobre todo dependiendo de lo cerca que se sientan de la solución de los problemas. La lista de nueve clases de tareas terapéuticas que resultan del trabajo parece agotar los requerimientos que un consultante pueda tener hacia su terapeuta. Finalmente se discute sobre la importancia clínica del uso de este modelo como base para planificar o clasificar intervenciones terapéuticas.

Therapeutic tasks: What kind of help is sought in psychotherapeutic sessions? One of the main conditions for a good psychotherapeutic alliance is the agreement on therapeutic tasks and goals. This article explores the kind of help that clients expect from therapeutic sessions. By means of a written questionnaire, the clients of a private psychotherapy center, prior to the sessions, expressed their priorities regarding the work to be carried out in them. The assessment of 873 questionnaires showed that clients prefer to participate in therapeutic work that helps them plan actions, understand what is happening, and assess possibilities for change. Also important are therapeutic tasks that help clients evaluate their own actions, both past and planned. The importance that clients attach to different kinds of help varies above all according to how near they feel to resolving their problems. Nine different kinds of psychotherapeutic tasks are identified, which cover the possible requests a client can make of his/her therapist. This article discusses the clinical application of this model as a basis for planning and classifying psychotherapeutic interventions.

La psicoterapia es una actividad cuyo objetivo es ayudar a unas personas a cambiar una vida cotidiana en la que se dan fracasos sistemáticos que motivan quejas que les llevan a consultar (Ezama Coto, Alonso y Fontanil Gómez, 2010). Como psicoterapeutas nos ocupamos de escenas de dos clases: a) escenas en las que se producen los motivos de queja que el consultante desea solucionar; y b) escenas en las que ayudamos a los consultantes a construir conocimientos y competencias que les permitan generar cambios beneficiosos en las primeras. La investigación sobre la alianza terapéutica se ocupa desde hace años de la influencia que tiene la calidad de la segunda clase de escenas en los cambios que los consultantes logran en las primeras (Mackrill, 2011). Ante la vieja disputa de modelos conceptuales y la discusión sobre qué hace a una

psicoterapia ser efectiva, saber cómo conseguir una buena alianza se ha convertido en objetivo prioritario para muchos especialistas en salud mental.

Según Corbella y Botella (2003), los factores *colaboración* y *confianza* son los definitorios de una buena alianza, a la vez que los predictores de buenos resultados (Hatcher, 1999; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham y Shapiro, 1998). En los inicios de la polémica, Bordin (1979) define la alianza como amoldamiento y colaboración entre terapeuta y consultante, y la considera compuesta de tres factores: (1) un acuerdo mutuo en los objetivos de la terapia, que nosotros definimos como el acuerdo entre terapeutas y consultantes respecto a los cambios que desean lograr en sus vidas; (2) un acuerdo mutuo en las tareas que constituyen el trabajo terapéutico (la conformidad de los consultantes con las tareas que el terapeuta propone, que han de redundar en un aumento de sus habilidades); y (3) una relación de afecto entre consultantes y terapeuta, que es susceptible de ser entendida y analizada en términos de un *vínculo de apego* (Bowlby, 1988; Mallinckrodt, 2010; Strauß y Schwark, 2007). Y puesto que nosotros entendemos el segundo aspecto como la conformidad de los consultantes con el

andamiaje que proporciona el terapeuta para la construcción de nuevos conocimientos (Vygotsky, 1988; Wood, Brunner y Ross, 1976), conseguir una buena alianza es conseguir un ajuste entre consultante y terapeuta similar al que se logra entre cuidador y sujeto en desarrollo, según las concepciones vygotskianas y bowlbianas del desarrollo psicológico.

En un primer estudio dentro de este marco conceptual (Ezama-Coto, Fontanil-Gómez, Galván-Fernández, Rodríguez-Blanco y Toribios-Álvarez, 2000) utilizamos el concepto de *delegación*, definida como el tipo de «encargos» que una persona puede hacerle a otra cuando quiere obtener ayuda para realizar una tarea. La idea original proviene del equipo de De Shazer (De Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis, 1986) y postula que las personas solicitan ayuda terapéutica en función de las lagunas que encuentran cuando buscan sus propias soluciones. Según esto supusimos que «... los terapeutas encontramos mayores facilidades para trabajar si nos ocupamos de los pasos para los que las consultantes estiman que necesitan ayuda» (Ezama-Coto et al., 2000, p. 683) y por tanto acogerían con más interés unas propuestas de los terapeutas u otras dependiendo del *tipo de ayuda* que proporcionen esas propuestas. En el presente trabajo partimos de la información obtenida en el primero, recopilando las respuestas que los consultantes dieron antes de cada sesión a la pregunta abierta «¿Para qué quiere usted que le sirva la sesión que va a comenzar?». Al analizar aquellas respuestas encontramos tanto formulaciones de objetivos vinculados con los motivos de queja (*metas terapéuticas*: «no discutir tanto con mi padre», «ponerme menos nervioso cuando hablo en público», «dormir mejor»), como referencias a conocimientos de los que los consultantes se ven carentes y cuya construcción, con la ayuda del experto, entendemos como *tareas terapéuticas* («saber qué me está pasando», «valorar mis posibilidades de éxito» o «decidir si ya estoy bien»). Entre éstas pudimos reconocer tanto peticiones de construcción de conocimientos orientados a la acción, es decir, a saber cómo actuar en las situaciones problemáticas (32%), como a la representación, a entender lo que sucede (20%) (*ibíd.*, p. 686). Ambas caben en la oferta normal de las modalidades clásicas de psicoterapia. Pero también encontramos tareas más difíciles de adscribir o que se salen de lo que suele considerarse relevante en el marco de una terapia: la definición de metas principales y subsidiarias, la valoración de las posibilidades de cambio o de los aspectos positivos y negativos de la situación, de los planes que han hecho o de actuaciones anteriores, incluso la valoración acerca de la resolución del problema.

Hemos relacionado estas ayudas con el desglose de las *delegaciones* que muestra la figura 1, y consideramos que los pasos que este modelo enumera y ordena se corresponden con *conocimientos* que los consultantes ven necesario poseer para conseguir sus objetivos. Siguiendo este prototipo, resulta una lista de nueve tareas terapéuticas (de construcción de conocimientos relacionados con cada uno de los pasos) que los consultantes pueden solicitar para una sesión.

Partiendo de este marco, los objetivos principales del trabajo presente son: (1) comprobar la exhaustividad de esa lista de clases de tareas terapéuticas; (2) comprobar si existen diferencias en las tareas elegidas por protagonistas y no protagonistas de la queja; o (3) por varones y mujeres; (4) comprobar la verosimilitud del prototipo a través del análisis de las prioridades otorgadas por los consultantes a las distintas tareas; y (5) detectar posibles cambios en las tareas preferidas conforme avanza la terapia.

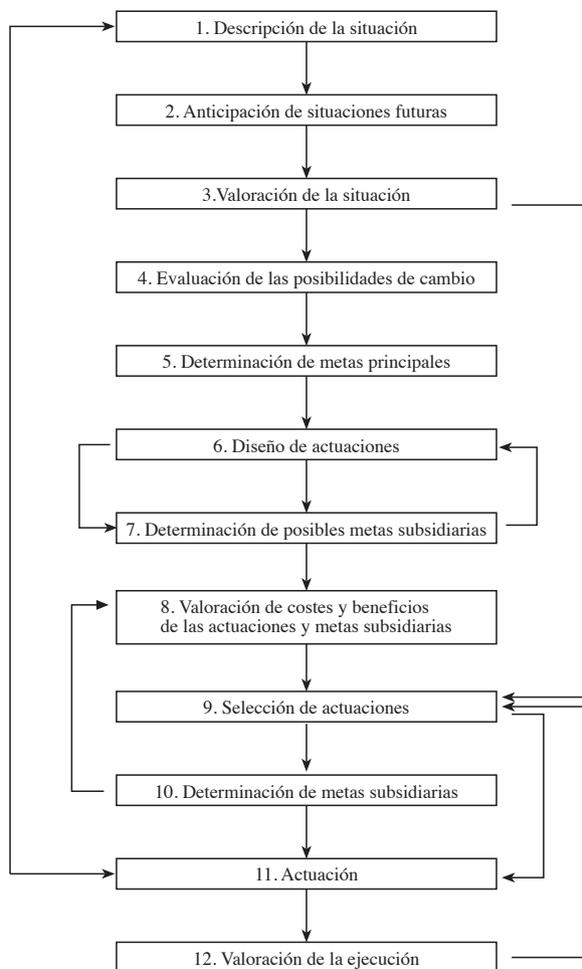


Figura 1. Etapas delegables en la realización de una actividad o la solución de un problema (reelaborado a partir de Ezama Coto et al., 2000)

Método

Participantes

La muestra se obtuvo en un consultorio privado de psicoterapia. Los participantes en sesiones orientadas a la terapia breve eran invitados a rellenar de forma rutinaria las Hojas de Planificación y Evaluación de la Sesión (HOPES), un protocolo escrito con preguntas sobre los propósitos de los consultantes en esa sesión y su valoración del trato y resultados obtenidos. La muestra no selectiva está formada por 322 personas que consultaron en el centro (tabla 1) y que accedieron voluntariamente a participar en el estudio tras ser informados de su propósito y del tratamiento anónimo de los datos. Las HOPES fueron proporcionadas en sesiones sucesivas, con objeto de obtener información sobre la evolución de esas variables conforme avanzaba la terapia. En total se recopilieron 873 entrevistas.

Instrumento

El cuestionario HOPES se utiliza de modo rutinario en nuestra práctica clínica para promover el encaje y colaboración entre consultantes y terapeutas. Su objeto es permitir que las personas que

consultan informen de manera rápida y sin necesidad de exponerse en exceso sobre lo que desean obtener en cada sesión y sobre los desajustes entre lo deseado y lo obtenido. Se compone de dos partes, una que se cubre justo antes del comienzo de cada sesión y otra al terminar ésta. El presente artículo hace referencia a la primera parte (pre-entrevista), cuyo propósito es evaluar los avances obtenidos en la consecución de los objetivos de la terapia y las tareas que las personas desean abordar en la sesión (la segunda parte evalúa la eficiencia terapéutica y es objeto de otro trabajo). El cuestionario actual se reelaboró a partir del construido para la investigación anterior (Ezama-Coto et al., 2000) ampliando la lista de tareas y añadiendo preguntas sobre la percepción del consultante de la evolución de la terapia. A continuación se describen brevemente los ítems de la pre-entrevista:

Escala de avance. La primera pregunta es una versión gráfica de la escala de avance de De Shazer et al. (1986). En una línea graduada del 0 al 10, donde 0 representa los momentos en que peor estuvo el problema que motiva la consulta y 10 la situación cuando el problema esté razonablemente resuelto, el consultante debe señalar el punto en el que cree encontrarse en el momento actual.

Expectativa de ayuda. Valoración numérica (no gráfica) de 0 a 10 de la confianza que tiene en que la sesión vaya a serle de ayuda.

Objetivos prioritarios. Se pide una descripción en formato abierto del asunto sobre el que desearía trabajar prioritariamente en la sesión.

Tipos de tareas (en las que se quiere trabajar). El consultante debe señalar en una lista cerrada la tarea o tareas en las que desea que se centre la sesión. Si marca más de una debe numerarlas por orden de importancia:

- *Saber si es posible hacer que las cosas cambien («Posible»).*
- *Saber qué tiene de positivo o qué tiene de negativo la situación que vivo o que vivimos («Positivo»).*
- *Entender lo que ocurre (lo que me ocurre a mí, a ellos o a nuestra relación) («Entender»).*
- *Saber cómo actuar para que las cosas cambien («Actuar»).*
- *Saber qué es lo que estoy buscando al final. Tener claras las metas más grandes («Metas grandes»).*
- *Tener claras las metas pequeñas. Saber en qué cosas pequeñas voy a trabajar para solucionar los problemas («Metas pequeñas»).*
- *Saber si es buena idea hacer lo que he pensado hacer («Buena idea»).*
- *Saber si lo que he hecho estuvo bien o mal. Saber qué valoración merecen los pasos que he dado («Valoración pasos dados»).*

- *Saber si lo que se ha conseguido ya es suficiente y puedo considerar solucionado el problema («Suficiente»).*

Exhaustividad de la lista: la pre-entrevista concluye con una pregunta abierta: «Si en la sesión de hoy no busca ninguna clase de ayuda o si la clase de ayuda que usted desea no figura en la lista, señálelo aquí».

Procedimiento

Al comenzar la primera sesión de cada nuevo caso, el terapeuta dedica unos minutos a explicar la estructura y utilidad de las HOPES. A continuación cubre junto al consultante o consultantes las tres primeras preguntas y les entrega el cuestionario, abandonando unos minutos la sala para que continúen solos. En las siguientes entrevistas los consultantes lo rellenan solos desde la primera pregunta.

Una vez cubierta la primera parte, el terapeuta revisa las respuestas para poder conducir la sesión en función de ellas. Concluida ésta, se les entrega de nuevo el cuestionario para que respondan a preguntas relacionadas con satisfacción, ayuda obtenida y ajuste de estilo del terapeuta (post-entrevista). Esta información será considerada por el terapeuta en la siguiente sesión junto con la información recogida en la pre-entrevista siguiente.

Variables

Las variables que se manejaron en el estudio fueron las siguientes:

- *Sesión:* número de orden de la sesión terapéutica con ese consultante (si se trata de la primera entrevista, de la segunda, etc.).
- *Distancia a la solución:* puntuación de 0 a 10 que señalan en la escala de avance.
- *Número de tareas:* cantidad total de tareas que marcan de la lista de nueve al comenzar la sesión.
- *Designación de tareas:* tareas específicas elegidas por los consultantes de entre las nueve.
- *Prioridad de las tareas:* valor atribuido por los consultantes a cada una de las tareas que marcan.

Análisis de datos

Los análisis se realizaron con el programa SPSS.11.5. Además de la estadística descriptiva, se han utilizado correlaciones de

Tabla 1
Participantes

		Edad						
		9-18	19-28	29-38	39-48	49-58	59-68	Total
Mujer	Protagonista de la queja	11	36	44	39	18	1	149
	Otro consultante	2	3	9	16	7	1	38
	Total	13	39	53	53	23	2	187
Varón	Protagonista de la queja	4	12	32	25	14	5	92
	Otro consultante	2	5	7	15	11	3	43
	Total	6	17	39	40	25	8	135

Spearman y parciales para examinar las variaciones de las diferentes tareas terapéuticas relacionadas con el avance de la terapia.

Para la valoración de las diferencias entre consultantes en su elección de tareas terapéuticas se utilizaron análisis chi-cuadrado, y para las diferencias entre grupos de consultantes en torno al número de tareas se usó la t de Student. La relación entre las prioridades dadas a las distintas tareas se estudió mediante un análisis de conglomerados jerárquicos que tomó como medida de proximidad las correlaciones de Pearson (el análisis factorial no se aplicó porque el Kaiser-Meyer-Olkin resultó inferior a ,60).

Resultados

Exhaustividad de la lista

Las repuestas dadas a la pregunta abierta con la que concluye la pre-entrevista no han revelado tareas terapéuticas nuevas no contempladas en nuestro modelo.

Cantidad de tareas

La media general de tareas señaladas para una sesión es de 3,49 (con una desviación típica de 2,23). La mediana es 3 y también la moda.

La tabla 2 muestra el número de tareas elegidas en función de la sesión de que se trate. El promedio decrece desde la primera y aumenta a partir de la sexta, situándose por encima de cinco en los pocos casos que alcanzan la decena de sesiones. La cantidad de consultantes que no señalan ninguna tarea aumenta progresivamente hasta la sesión sexta, disminuyendo después.

Estas dos variables correlacionan entre sí de forma significativa, moderada y negativamente ($\rho = -.15$; $p < .001$; $N = 873$), lo que indica que los consultantes eligen menos tareas a medida que transcurren las sesiones. El mismo análisis entre número de tareas y distancia a la solución revela una correlación también negativa ($\rho = -.24$; $p < .001$; $N = 873$): los consultantes tienden a marcar menos tareas a medida que los problemas se solucionan. El hecho de que la correlación de número de tareas sea más alta con la distancia que con la sesión hace pensar que, aun siendo significativo, no es el desarrollo cuantitativo de la relación con el terapeuta lo más importante, sino el progreso en el problema por el que consultan. Las correlaciones parciales apoyan esa idea: controlando la influencia de la sesión, el número de tareas correlaciona $-.21$ ($p > .001$) con la distancia; en cambio, controlando ésta, el número de tareas no correlaciona ($.02$ n.s.) con el ordinal de la sesión. Cuando el análisis se restringe a la primera entrevista terapéutica, de forma que la influencia de la variable sesión queda eliminada por completo, la correlación

indica lo mismo: los consultantes tienden a marcar menos tareas cuanto más alta es su puntuación en la escala de avance, es decir, cuanto más cerca se ven de la solución de los problemas ($\rho = -.16$; $p < .001$; $N = 322$).

Por lo demás, la correlación entre el ordinal de la sesión y distancia a la solución es moderadamente alta y positiva ($\rho = .35$; $p < .01$); se puede decir, pues, que el incremento en el número de sesiones realizadas contribuye al avance hacia la solución de los problemas.

Designación y prioridad de las tareas

A continuación evaluamos las tareas elegidas por los consultantes y la importancia que le otorgan a cada una de ellas. Los análisis se realizaron sobre los datos de las cinco primeras sesiones. A partir de la sexta, el número de entrevistas es relativamente pequeño, pues la mayoría de los casos se resuelven con cinco sesiones o menos (tabla 2). Por otro lado, un análisis de correlación entre sesión y prioridad de las tareas reveló que no existían diferencias tomando las 11 sesiones o solamente las cinco primeras, de modo que consideramos justificado descartar las entrevistas a partir de la sexta por no aportar información adicional.

Las tareas más elegidas en todas las sesiones son: «Saber cómo actuar», «entender lo que ocurre», «saber si es posible hacer que las cosas cambien» y «tener claras las metas pequeñas» (tabla 3). La figura 2 muestra la importancia relativa que los consultantes atribuyen a las tareas y su evolución a medida que transcurren las sesiones, tomando las 873 entrevistas en conjunto. Las primeras posiciones las ocupan las mismas cuatro tareas anteriores en el mismo orden.

Diferencias entre consultantes

Existen diferencias significativas en el número de tareas marcadas por los protagonistas de las quejas (PQ) y por otros consultantes (OC) (PQ: 3,61; OC: 3,04; $t = 3,40$; $\alpha = .001$). La comparación mediante chi-cuadrado del tipo de tareas elegidas por unos y otros arrojó las siguientes diferencias significativas, siendo en todos los casos los PQ quienes las elijen por encima de lo esperado:

- «Actuar» ($\chi^2 = 4,85$; $gI = 1$; $\alpha = .028$).
- «Buena idea» ($\chi^2 = 8,32$; $gI = 1$; $\alpha = .004$).
- «Metas pequeñas» ($\chi^2 = 19,96$; $gI = 1$; $\alpha = .001$).
- «Suficiente» ($\chi^2 = 5,21$; $gI = 1$; $\alpha = .023$).

No hay diferencias significativas de género cuando se trata de los protagonistas de las quejas; pero sí cuando se trata de otros

Tabla 2
Estadística de las tareas elegidas por los consultantes según la sesión

	Sesión terapéutica										
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª
Promedio de tareas elegidas	3,2	2,8	2,6	2,9	2,9	2,7	3,3	3,1	3,4	4,5	5,0
Ninguna elección (%)	4,7	6,8	12,0	17,5	21,6	27,6	13,3	10,0	0	0	0
Cantidad de entrevistas	322	220	133	80	51	29	15	10	8	4	1
Total de tareas elegidas	1047	624	343	235	151	79	50	31	27	18	5

consultantes. Las mujeres marcan significativamente más tareas que los varones (media de 3,58 y 2,56, respectivamente; $t= 3,59$; $\alpha= ,000$), y sobre todo las relacionadas con planificación y valoración de actuaciones:

- «Positivo» ($\chi^2= 5,09$; $gI= 1$; $\alpha= ,024$).
- «Actuar» ($\chi^2= 8,73$; $gI= 1$; $\alpha= ,003$).
- «Metas grandes» ($\chi^2= 11,07$; $gI= 1$; $\alpha= ,001$).
- «Metas pequeñas» ($\chi^2= 7,18$; $gI= 1$; $\alpha= ,007$).
- «Buena idea» ($\chi^2= 6,35$; $gI= 1$; $\alpha= ,012$).
- «Valoración pasos dados» ($\chi^2= 6,39$; $gI= 1$; $\alpha= ,011$).

La organización de las prioridades

La prioridad otorgada por los PQ a las diferentes tareas sirvió como base para examinar la relación entre ellas mediante análisis de conglomerados. Como muestra la figura 3, se obtienen cuatro conglomerados y queda desagrupada la tarea que suele caracteri-

zar las sesiones finales: «Saber si lo que se ha conseguido ya es suficiente». Así, se puede considerar que resultan cinco grupos de tareas:

- *Comprensión y predicción.* Reúne las tareas «Entender» y «Posible».
- *Valoración de la situación y determinación de metas principales.* Agrupa «Positivo» y «Metas grandes».
- *Planificación de actuaciones.* Comprende «Actuar» y «Metas pequeñas».
- *Valoración de planes y actuaciones.* Agrupa las tareas «Buena idea» y «Valoración pasos dados».
- *Verificación de la solución del problema,* se corresponde con la tarea «Suficiente».

Estos resultados son coherentes con nuestro modelo de etapas en los procesos de solución de problemas (figura 1), pues los conglomerados obtenidos concuerdan con las tareas propias de cada

Tabla 3
Porcentaje de elección del tipo de ayuda deseado en las cinco primeras sesiones

	Sesión terapéutica				
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Saber cómo actuar para que las cosas cambien	73,2	64,5	51,9	48,8	53,9
Entender lo que ocurre (a mí, a ellos...)	57,3	41,4	32,3	36,2	33,3
Saber si es posible hacer que las cosas cambien	53,6	35	24,3	32,5	27,5
Tener claras las metas pequeñas	35,5	40	34,6	43,8	35,3
Tener claras las metas más grandes	24,9	20,5	24,8	26,3	27,5
Valoración de los pasos dados...	24,6	25	24,8	27,5	27,5
Saber qué tiene de positivo y negativo la situación...	22,7	19,5	15,8	22,5	27,5
Saber si es buena idea hacer lo que he pensado...	17,4	16	15,8	21,3	19,6
Saber si lo que se ha conseguido ya es suficiente	12,1	15	21,1	17,5	23,5
<i>Cantidad total de entrevistas</i>	<i>321</i>	<i>220</i>	<i>133</i>	<i>80</i>	<i>51</i>

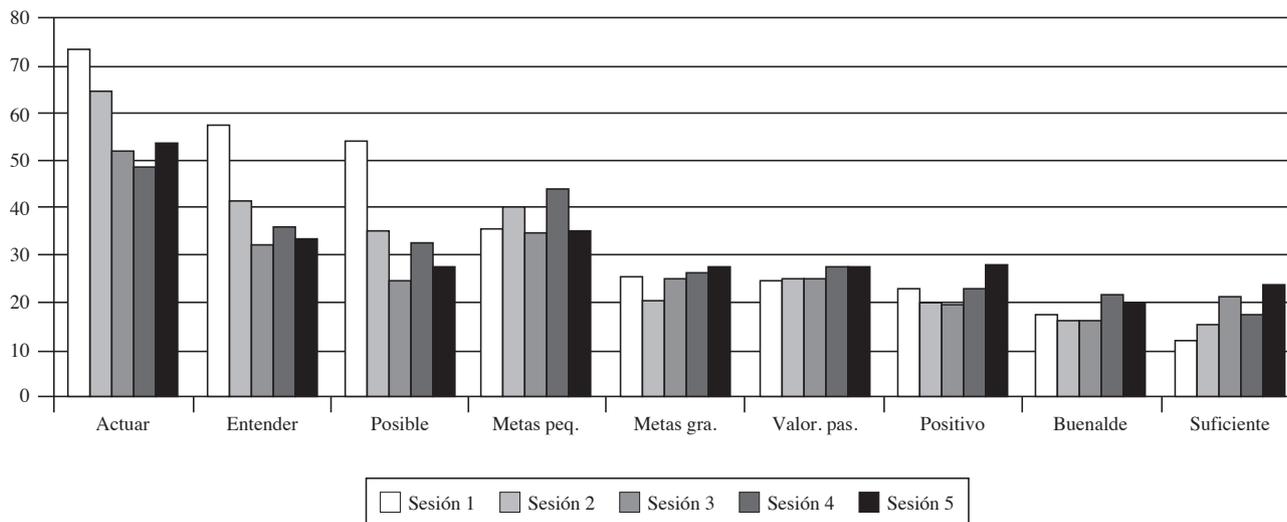


Figura 2. Porcentaje de elección de los diferentes tipos de ayuda en cada sesión terapéutica

etapa. Así, el primer conglomerado indica que los PQ tienden a dar importancia a las tareas «Entender» y «Posible» en el mismo momento, que coincidiría con la parte del proceso en que se define la posición de partida, y que requiere la descripción de lo que está ocurriendo y la predicción de lo que puede ocurrir. Corresponde a los pasos 1, 2 y 4 del modelo.

Según el mismo razonamiento, el siguiente conglomerado («Positivo» y «Metas grandes») se relaciona con la orientación general hacia las estrategias de solución y se corresponde con los pasos 3 y 5 del modelo. El tercero reúne las tareas relacionadas con la planificación concreta de actuaciones que lleven a cambios y se corresponde con el circuito intermedio del modelo (pasos 6 y 7). En él se diseñan posibles estrategias y se determinan las metas subsidiarias relacionadas con éstas.

El circuito siguiente («Buena idea» y «Valoración pasos dados») concierne al cálculo de los posibles costes de los planes que se han hecho (paso 8), de las acciones que se han ejecutado (paso 12) y eventualmente también de la nueva situación resultante de la propia actuación (paso 3).

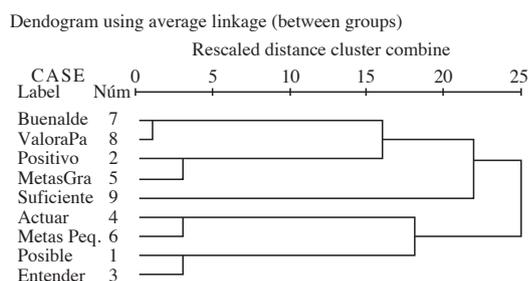


Figura 3. Análisis de conglomerados de los diferentes tipos de ayuda

	C. de Spearman		C. parciales	
	Sesión	Distancia	Sesión ¹	Distancia ²
Saber cómo actuar	-.17**	-.20**	-.12***	-.15***
Entender lo que ocurre	-.21**	-.23**	-.13***	-.18***
Saber si es posible hacer que las cosas cambien	-.24**	-.30**	-.14***	-.23***
Tener claras las metas pequeñas	.02	-.05	.04	-.04
Tener claras las metas más grandes	-.00	-.06	-.03	-.04
Valoración de los pasos dados	.01	-.02	.03	.00
Saber qué tiene de positivo y negativo la situación	-.01	-.09*	.03	-.07
Saber si es buena idea hacer lo que he pensado	-.01	-.12**	.03	-.10**
Saber si ya es suficiente	.09**	.11**	-.05	.22***
Cantidad total de entrevistas	743	743	711	711

Nivel de significación: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001
¹ Variable de control: Distancia; ² Variable de control: Sesión

Progreso de la terapia y cambios en las tareas

A continuación correlacionamos la *prioridad de las tareas* con la *sesión*, para constatar cambios en los tipos de ayuda preferidos conforme avanza la terapia, y también con la *distancia a la solución*, para averiguar la relevancia de unas tareas u otras dependiendo de cómo se sienten los consultantes respecto al problema. Resultaron significativas las correlaciones de «Posible», «Entender», «Actuar» y «Suficiente» con ambas variables (tabla 4). En todos los casos las correlaciones son negativas, es decir, cuanto peor ven su situación o cuanto más al principio está la terapia, más importancia dan a esas tareas, excepto «Suficiente», que como es de esperar aumenta a medida que se progresa.

Se plantea la cuestión de si la variable *distancia a la solución* correlaciona con la *prioridad de las tareas* por su propia relación con el ordinal de la *sesión* (recordemos que ambas variables correlacionan positivamente $\rho = .35$). Para eliminar esa posible influencia se realizaron correlaciones parciales con ambas variables, manteniendo de forma recíproca la otra como variable de control. Los resultados pueden verse en las últimas columnas de la tabla 4, y se puede constatar que las correlaciones son más fuertes con *distancia a la solución*.

Discusión y conclusiones

Los consultantes ponen a la terapia unos objetivos últimos, las metas finales, cuyo logro solo se puede verificar en ausencia del terapeuta, y otros relacionados con las contribuciones que desean obtener de él en la propia consulta. Este trabajo se ha centrado en una parte de estos últimos, en particular en los *conocimientos* que los consultantes quieren encontrar con la ayuda de los terapeutas. Cuando de lo que se trata es de promover la alianza terapéutica, más que de constatar si se ha logrado, conocer de antemano las lagunas que los consultantes encuentran cuando buscan soluciones y las prioridades que establecen para cada sesión podría constituir una herramienta clínica importante. Partiendo de esto, nuestro objetivo principal consiste en conocer de forma genérica qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia, de manera que cualquier psicoterapeuta pueda hacer uso de esta información para seleccionar, dentro de sus conocimientos técnicos, aquellas intervenciones que más se adecúen a lo que requiere quien consulta.

En la literatura sobre alianza terapéutica los estudios sobre el acuerdo en las tareas son escasos, aunque algunos autores han llamado la atención sobre su importancia. Duncan y Miller (2000) traducen este acuerdo en términos de ajuste del terapeuta a la «teoría clínica» del consultante; Cooper y McLeod (2007) han sugerido una lista de ocho tareas generales que debe completarse con tareas específicas dependientes del tipo de problema de que se trate; por su parte, Mackrill (2011) explora y propone posibles tareas terapéuticas que dependerían de los objetivos del consultante. La lista de tareas que proponemos aquí tiene la particularidad de ser independiente tanto de tradiciones terapéuticas como del tipo de problema o de meta que plantean los consultantes.

La primera conclusión del trabajo es que nuestra lista de nueve tipos de tareas terapéuticas parece ser completa. Si bien es cierto que el muestreo es de tipo incidental y que los datos se han obtenido en un único centro de terapia, resulta llamativo que en las 873 HOPES analizadas ningún consultante utilizó el recuadro habilitado para solicitar algún tipo de ayuda que no recogiera la lista. Esto conlleva, a nuestro juicio, implicaciones clínicas de gran valor, pues podemos decir que esa lista resume exhaustivamente

las expectativas de ayuda de los consultantes hacia su terapeuta. Un punto de partida tan claro podría usarse como fundamento para un protocolo de toma de decisiones clínicas, sobre todo en lo referente a los tipos de intervenciones o en general a las actividades que se emprendan durante la terapia. A pesar de ser hasta ahora el aspecto menos estudiado de la alianza, el ajuste en las tareas es probablemente el componente más determinante del desarrollo de la sesión, y el que en mayor medida condiciona la toma de decisiones respecto a las técnicas (en palabras de Cooper y McLeod, 2007, las técnicas terapéuticas son las vías a través de las cuales terapeuta y cliente cumplen las tareas terapéuticas). Nuestra lista puede utilizarse también como criterio de clasificación de las intervenciones, en función de su concordancia con el tipo de ayuda requerida, cuestión que abordaremos en próximos trabajos.

Según este estudio, hay diferencias relevantes entre las tareas terapéuticas que eligen las personas que protagonizan las quejas y las que no. Las PQ tienden a dar más importancia a la construcción de conocimientos ligados a formas de actuar y a la valoración de la resolución del problema. Es muy llamativo que entre los PQ no aparezcan diferencias de género; pero que sí las haya, y muy notables, entre quienes acuden a las sesiones para ayudar a encontrar soluciones. En posición de figura de ayuda, las mujeres parecen más deseosas de trabajar en tareas relacionadas con la valoración de la situación, la valoración de lo que se ha hecho o se piensa hacer, la determinación de metas principales y la planificación de actuaciones. Estas diferencias podrían estar fundadas en otras que atañen al rol de cuidador que suelen ocupar las mujeres con más frecuencia que los varones. En todo caso este hallazgo reclama una categorización de los consultantes más rica que la que hemos usado en este trabajo.

A la luz de nuestros resultados, lo que los consultantes prefieren es sobre todo que los ayuden a saber cómo actuar, a entender lo que les ocurre y a valorar las posibilidades de que las cosas cambien. La importancia de estas tres tareas decrece al progresar la terapia en el tiempo y en la solución de los problemas. La tarea «saber qué tiene de positivo y negativo la situación» también pierde impor-

tancia ligeramente cuanto más cerca se ve la solución, aunque no correlaciona significativamente con el avance de las sesiones.

Un patrón distinto sigue la tarea «Saber si ya es suficiente», que obviamente correlaciona con la *distancia a la solución* (aunque no con la *sesión*). Otra excepción la constituye «Saber si es buena idea hacer lo que he pensado», que no correlaciona con la *sesión* pero sí con la *distancia* (se marca menos cuanto mejor se está). Es lógico pensar que cuanto más cerca se ve la solución, menos necesidad se siente de poner nuevas estrategias a prueba.

Todas las correlaciones son más fuertes con la *distancia a la solución* que con el ordinal de la *sesión*, lo cual indica que la elección de tareas no depende solo del transcurso del tiempo o de la familiaridad con el terapeuta, sino que efectivamente guarda relación con el grado de mejoría en la situación que ha llevado a las personas a consultar. Es decir, los consultantes piden un tipo de ayuda u otro en función de lo que van consiguiendo.

De acuerdo con los resultados del análisis de conglomerados, las tareas terapéuticas que hemos propuesto se relacionan entre sí de forma acorde con la concepción de la psicoterapia como un proceso de construcción de conocimientos pautado por una dinámica de generación y puesta a prueba de explicaciones, valoraciones y planes de actuación, y en base a ello concluimos que este modelo puede constituir una herramienta útil para organizar el proceso de elaboración de estrategias para el cambio en psicoterapia. Con ello pretendemos contribuir al propósito de un gran número de investigadores (Froján et al., 2008; Escudero, 2009; Santibáñez et al., 2009) que subrayan la necesidad de construir y utilizar sistemas de análisis del proceso terapéutico que sean independientes del enfoque desde el que fueron formulados.

El estudio que hemos presentado debe considerarse preliminar, tanto por la parcialidad de la muestra como por la singularidad del planteamiento. La continuación de esta línea de investigación pasará por ampliar los entornos terapéuticos de aplicación de las HOPES y por afianzar nuestra lista de tareas como herramienta de toma de decisiones clínicas.

Referencias

- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Cooper, M., y McLeod, J. (2007). A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: Implications for research. *Counselling and Psychotherapy Research* 7(3), 135-143.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Duncan, B.L., y Miller, S.D. (2000). The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169-187.
- De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., y Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259.
- Ezama Coto, E., Alonso, Y., y Fontanil Gómez, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 293-314.
- Ezama-Coto, E., Fontanil-Gómez, Y., Galván-Fernández, S., Rodríguez-Blanco, C., y Toribios-Álvarez, A. (2000). Nuevas puertas en entrevistas de psicoterapia: exploración sobre las etapas delegadas en la búsqueda de soluciones. *Psicothema*, 12(4), 682-694.
- Froján, M.X., Montaña, M., Calero, A. García, A., Garzón, A., y Riz, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20(4), 603-609.
- Hatcher, R. (1999). Therapists' views of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research*, 4, 405-423.
- Mackrill, T. (2011). Differentiating life goals and therapeutic goals: Expanding our understanding of the working alliance. *British Journal of Guidance & Counselling*, 39(1), 25-39.
- Mallinckrodt, B. (2010). The Psychotherapy as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 262-270.
- Santibáñez, P.M., Román, M.F., y Vinet, E.V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Stiles, W.B., Agnew-Davies, R., Hardy, G-E., Barkham, M., y Shapiro, D.A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802.
- Strauß, B., y Schwark, B. (2007). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52(6), 405-425.
- Vygotsky, L.S. (1988). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Grijalbo (orig. 1934).
- Wood, D.J., Bruner, J.S., y Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 89-100.

3.3. *Artículo: Calidad de la sesión, ajuste en las tareas y efectividad de las sesiones psicoterapéuticas*

Calidad de la sesión, ajuste en las tareas y efectividad de las sesiones psicoterapéuticas

Esteban Ezama

Centro de investigaciones comunicacionales, Oviedo, España

Yolanda Fontanil

Universidad de Oviedo, España

Yolanda Alonso*

Universidad de Almería, España

ABSTRACT

Session quality, task adjustment, and effectiveness of therapeutic sessions. Against the backdrop of studies of therapeutic alliance and unspecific factors in psychotherapy, this paper explores the relationship between the kind of help that clients obtain in therapeutic sessions and its results. Data was obtained by means of a clinical questionnaire in which clients expressed, session by session, their priorities regarding therapeutic tasks, their satisfaction with each session and their assessment of the achieved outcomes. The statistical analysis of 679 questionnaires showed that, contrary to expectations, the therapist's adjustment to the client's requests improves neither satisfaction nor perceived outcome. The better predictor of both is the amount of help the client feels he or she has received during the session, regardless of the client's priorities. Of the nine different kinds of therapeutic tasks considered in the study, help *understanding what is happening* correlates the most with both satisfaction and improvement, independently of whether the client prioritized this. This article discusses the kinds of assistance that achieve therapeutic goals and calls into question the value of adjusting sessions to the client's demand. The concept of conformity instead of adjustment is proposed.

Key words: working alliance, therapeutic tasks, therapeutic outcome, psychotherapy.

RESUMEN

En el marco de los estudios sobre alianza terapéutica y los factores inespecíficos de la psicoterapia, este trabajo estudia la relación entre el tipo de ayuda que los consultantes obtienen en las sesiones terapéuticas y los resultados de las mismas. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario de uso clínico que recoge, sesión a sesión, las preferencias de los consultantes en cuanto las tareas terapéuticas, su grado de satisfacción con la sesión y su valoración de los cambios logrados. El análisis de 679 cuestionarios revela que, en contra de lo esperado, el ajuste del terapeuta a las peticiones del consultante no redundan en mayor satisfacción ni en mejores resultados. La variable que mejor predice ambas cosas es la cantidad de ayuda indistinta que el consultante considera haber recibido durante la sesión. De las nueve tareas terapéuticas contempladas, la ayuda para la tarea *entender lo que ocurre* es la más relevante tanto a efectos de satisfacción como de resultados, y con independencia de que se señalara o no como preferente. Se discute sobre el tipo de ayuda que media en la consecución de las metas terapéuticas y sobre la conveniencia de acomodar las tareas a las solicitudes de los consultantes. Se cuestiona el propio concepto de ajuste y se propone el de conformidad.

Palabras claves: alianza terapéutica, tareas terapéuticas, resultados terapéuticos, psicoterapia.

* Dirigir la correspondencia a: Yolanda Alonso, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, 04120 Universidad de Almería, Almería, España. Email: yalonso@ual.es.

En el marco de la investigación sobre la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas, una de las líneas que más esfuerzo y contribuciones aglutina se refiere a los factores inespecíficos o comunes (los no estrictamente técnicos), y más particularmente a la alianza terapéutica. Según el esquema clásico de Bordin (1979), la alianza es una relación compleja que puede dividirse en tres componentes: el establecimiento de un vínculo afectivo, el acuerdo en las metas y el acuerdo en las tareas terapéuticas. En el informe de resultados de la *task force* impulsada por la APA sobre los principios del cambio terapéutico, Castonguay y Beutler (2006) señalan la necesidad de una definición más precisa de algunos elementos de la relación terapéutica, entre ellos la propia alianza y el consenso en las metas, por su evidente impacto en los resultados. Las tareas terapéuticas (eje central del presente trabajo) también han sido definidas de forma vaga: “los comportamientos y procesos dentro de la sesión terapéutica que constituyen el trabajo terapéutico concreto” (Bordin, 1979, citado por Lambert y Barley, 2001); “las actividades específicas que ambas partes [terapeuta y consultante] emprenden para estimular o facilitar el cambio” (Bordin, 1994); “aquello que el consultante o el terapeuta hacen que lleva a aproximarse a las metas” (Cheng, 2007); o “las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico” (Botella y Corbella, 2011).

La búsqueda de una definición de tareas terapéuticas nos remite al concepto mismo de psicoterapia. Defendemos una noción de psicoterapia como *proceso de adquisición de conocimientos* —útiles para cambiar partes del mundo del consultante— que sigue un esquema equiparable al de cualquier otro proceso de solución de problemas (Ezama, Alonso, González, Galván y Fontanil, 2011). Así, la psicoterapia se asemeja más a un procedimiento de instrucción que a uno de curación o de salvación, lo cual determina a su vez el papel de la terapeuta en él (a lo largo del texto utilizaremos tanto el femenino como el masculino como genéricos). Al contrario que el farmacéutico que prepara un remedio, el médico que diagnostica u opera o el sacerdote que escucha pecados e impone penitencia (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007; Loredó Narciandi y Blanco Trejo, 2011), el tipo de relación que mantienen consultantes y terapeutas precisa de una alianza más allá del dejarse hacer, la obediencia o la fe. Estamos de acuerdo con las autoras que afirman que el terapeuta debe cumplir una función bowlbiana de *base segura* desde la que explorar (Bowlby, 1993; Henry y Strupp, 1994). Para ser eficaz además, la terapeuta debe adoptar un enfoque vygostkiano, de manera que haga sus propuestas dentro de la zona de *desarrollo próximo* o margen de desenvolvimiento potencial de los consultantes en cada momento (Wood, Brunner y Ross, 1976; Kaye 1986; Chadwick, 2009), tal y como ocurre con cualquier proceso de aprendizaje o instrucción.

Recopilando estas consideraciones, definimos la psicoterapia como una actividad conjunta entre el terapeuta y los consultantes que consiste básicamente en la construcción de *conocimientos* que éstos últimos necesitan para introducir cambios en sus vidas, y que el terapeuta puede “andamiar” o guiar, aunque no proporcionar. Esta construcción de conocimientos se logra principalmente a través de las tareas terapéuticas. Definimos entonces *tarea terapéutica* como la actividad que conduce a la construcción de los conocimientos que un consultante necesita para alcanzar los cambios que desea en su vida. Esta construcción se inicia en compañía del terapeuta pero no acaba en el

consultorio, y en ella tiene un peso fundamental la puesta a prueba, esto es, la predicción y la transformación de lo que sucede en el día a día.

Existe una larga y renovada tradición investigadora que señala que los tratamientos deben adaptarse a cada consultante en particular. Así, Norcross y Wampold (2011), en la presentación del número especial sobre este tema del *Journal of Clinical Psychology*, señalan que la psicoterapia se ha visto siempre estimulada a dirigir el tratamiento hacia las necesidades del consultante, y que este proceso de emparejamiento o ajuste implica no solamente adaptar la técnica al tratamiento sino adaptar la relación terapéutica misma. Los resultados de estudios de campo parecen indicar que las preferencias de los consultantes tienen un papel central en los abandonos prematuros y en la predicción de los resultados de la terapia, al tiempo que con frecuencia se ha subrayado la necesidad de adaptarse al estadio de cambio en que se encuentran los consultantes (Norcross, Krebs y Prochaska, 2011; Norcross y Wampold, 2011; Swift, Callahan y Vollmer, 2011). En una línea parecida, aunque ligeramente más radical, se encuentra la tradición terapéutica que considera que la teoría del cambio del consultante, es decir, su propia percepción acerca de la formación y resolución del problema, debe utilizarse como guía de la terapia, devolviendo al consultante su papel protagonista (De Shazer, 1992, 1996, 1999; Duncan y Miller, 2000). Afines a esta idea, en nuestra praxis clínica hemos intentado que la agenda de las sesiones sea decidida por las consultantes, entendiendo que el ajuste de la terapeuta a sus prioridades es un medio para favorecer el cambio.

La pretensión general del presente trabajo es explorar la validez clínica de estas ideas. Para ello se analizan los datos obtenidos a través de un instrumento clínico, las Hojas de Planificación y Evaluación de la Sesión (HOPES), destinado a proporcionar, sesión a sesión, información correctora para terapeutas y consultantes. Este cuestionario ha sido utilizado en investigaciones anteriores (Ezama *et al.*, 2011) para inventariar la ayuda que las consultantes buscan en terapia. Se basa en la idea de que la valoración de la sesión por parte del consultante y el *feedback* al terapeuta mejoran la relación terapéutica y promueven la efectividad de la terapia (Duncan y Miller, 2008; Lambert, 2010; Lambert y Shimokawa, 2011). Defendemos la utilización de un instrumento clínico para la investigación puesto que existen indicios suficientes de que las estimaciones de la calidad de la relación terapéutica por parte de los consultantes correlaciona de forma más alta con los buenos resultados de la terapia que las valoraciones externas o las realizadas por el terapeuta (Barber *et al.*, 1999; Henry y Strupp, 1994; Horvath y Symonds, 1991).

Basándonos en una lista de nueve posibles tipos de tareas terapéuticas, obtenida en el ya mencionado trabajo anterior (Ezama *et al.*, 2011), en el presente examinamos las relaciones entre el tipo de tareas que se llevan a cabo durante la sesión y la calidad de la misma. Para ello nos basamos en la valoración por parte de los consultantes de la ayuda que obtienen durante la sesión en las distintas tareas de esa lista, distinguiendo además el grado de *ajuste*, es decir, en qué medida el terapeuta ha atendido aquellas tareas seleccionadas explícitamente por el consultante antes de comenzar la sesión. En primer lugar intentamos averiguar si este ajuste guarda alguna relación con la satisfacción de las consultantes con la sesión y/o con la efectividad del trabajo terapéutico, tomando como criterio de efectividad la evaluación que ellas mismas hacen del estado del problema al

comienzo de la sesión siguiente. En segundo lugar se analizan las nueve tareas terapéuticas singulares y su mayor o menor peso en la satisfacción o a la efectividad de la sesión.

MÉTODO

Participantes

La muestra se obtuvo en un consultorio de psicoterapia de orientación sistémica breve, donde se atienden tanto consultantes privados como procedentes de convenios con instituciones públicas. Según el procedimiento habitual de este centro, todos los participantes en las sesiones terapéuticas son invitados a rellenar las HOPES. La muestra no selectiva está formada por 241 personas (149 mujeres y 92 hombres) que accedieron voluntariamente a participar en el estudio tras ser informados de su propósito y del tratamiento anónimo de los datos. Sus edades están entre los 11 y los 65 años (Media= 36,61; $DT= 11,286$). En total se recopilaron 679 entrevistas y se analizaron las variables disponibles de cada una de ellas.

Instrumento

HOPES es un cuestionario escrito que se facilita a los consultantes en nuestra práctica clínica de forma rutinaria al comienzo y al final de cada sesión terapéutica. Está constituido por preguntas sobre sus propósitos para esa sesión en concreto y su valoración del trato y resultados obtenidos. Su objetivo principal es promover el ajuste y la colaboración entre consultantes y terapeutas. Permite que las personas que consultan informen de manera rápida y sin necesidad de exponerse en exceso sobre lo que desean obtener en cada sesión y sobre la coincidencia entre lo deseado y lo obtenido. Se compone de dos partes, una se cubre justo antes del comienzo de cada sesión (pre-entrevista) y otra al terminar ésta (post-entrevista).

En la pre-entrevista, el consultante debe señalar en una lista cerrada las tareas terapéuticas que prefiere que se trabajen durante la sesión:

1. Saber si es posible hacer que las cosas cambien (en adelante "Posible").
2. Saber qué tiene de positivo o qué tiene de negativo la situación que vivo o que vivimos ("Positivo").
3. Entender lo que ocurre (lo que me ocurre a mí, a ellos o a nuestra relación) ("Entender").
4. Saber cómo actuar para que las cosas cambien ("Actuar")
5. Saber qué es lo que estoy buscando al final. Tener claras las metas más grandes ("Metas grandes").
6. Tener claras las metas pequeñas. Saber en qué cosas pequeñas voy a trabajar para solucionar los problemas ("Metas pequeñas").
7. Saber si es buena idea hacer lo que he pensado hacer ("Buena idea").
8. Saber si lo que he hecho estuvo bien o mal. Saber qué valoración merecen los pasos que he dado ("Valoración pasos").
9. Saber si lo que se ha conseguido ya es suficiente y puedo considerar solucionado el problema ("Suficiente").

En la post-entrevista, la consultante da cuenta de qué tareas a su juicio han sido trabajadas durante la sesión y del grado en que considera haber sido ayudada en ellas. De aquí se deriva el concepto de *ajuste*, que mide el grado en que el terapeuta ha atendido las peticiones iniciales del consultante.

Los ítems del cuestionario tomados en cuenta para la presente investigación son los siguientes:

Escala de avance. La primera pregunta del cuestionario es una línea graduada de 0 a 10 sobre la que la consultante valora la distancia a la que se encuentra de la resolución del problema en el momento actual. Cero representa el momento en que el problema estuvo peor y 10 la situación hipotética en que esté resuelto.

Expectativa de ayuda. Valoración numérica de 0 a 10 de la confianza que el consultante tiene en que la sesión vaya a serle de ayuda.

Tareas terapéuticas. En la lista cerrada de nueve clases de tareas el consultante debe señalar aquella o aquellas en las que desea que se centre la sesión. Si marca más de una, puede ordenarlas por importancia.

Satisfacción. La primera pregunta de la post-entrevista valora el grado de satisfacción del consultante con la sesión que acaba de terminar en una escala gráfica de 0 (nada) a 4 (muchísimo).

Ayuda obtenida. En nueve escalas de cinco niveles (de ninguna a muchísima) el consultante indica el grado de ayuda que estima haber recibido por parte del terapeuta para cada una de las nueve posibles tareas terapéuticas.

Procedimiento

Al comenzar la primera sesión de cada nuevo caso, la terapeuta dedica unos minutos a explicar la estructura y utilidad de las HOPES: “Cada vez que nos veamos le voy a dar estas hojas. La primera sirve para poder saber dónde estamos respecto a lo que usted quiere conseguir con la terapia y para que usted escoja el tipo de trabajo que considera importante que hagamos en la sesión que empieza. Las otras hojas, que le pediré que rellene al final, sirven para que yo pueda darme cuenta de si hay algo que estoy haciendo mal y poder corregirlo”. A continuación cubre junto al consultante o consultantes las tres primeras preguntas y les entrega el cuestionario, abandonando unos minutos la sala para que continúen solos. En las siguientes sesiones los consultantes lo rellenan solos desde la primera pregunta.

Una vez cubierta la primera parte, el terapeuta revisa las respuestas para poder conducir la sesión en función de ellas. Concluida la sesión, los consultantes responden a las preguntas relacionadas con la satisfacción y ayuda obtenida (post-entrevista). Esta información será considerada por el terapeuta en la siguiente sesión junto con la información recogida en la pre-entrevista siguiente.

Variables y análisis de datos

La unidad de análisis para construir las variables ha sido la información proporcionada por el consultante para cada sesión concreta más la valoración general que hace de su situación en la sesión inmediatamente siguiente. Las variables se

ordenan temporalmente tal y como se indica en la figura 1. Se han distinguido cuatro *variables de partida*, referentes a medidas tomadas antes de comenzar la sesión, dos medidas de *resultados* terapéuticos, dos variables que evalúan la calidad de la sesión y por último cinco indicadores del *ajuste* (figura 1, tabla 1). Los indicadores del ajuste se han ordenado de menor a mayor. El indicador menos ajustado (PT) recoge la ayuda recibida globalmente sin tener en cuenta las preferencias de los consultantes para la sesión, y los más ajustados penalizan la desatención por parte del terapeuta de las preferencias de las consultantes (al adjudicar en el tratamiento estadístico de los datos el valor “ninguna ayuda” a las tareas que el consultante considera no trabajadas, si es que se habían seleccionado como preferentes al comenzar la sesión). Así PT indica menos ajuste que PTC, y PTS menos ajuste que PTSC.

Los análisis se realizaron con el programa SPSS.17.0. Además de la estadística descriptiva, se han utilizado las pruebas t de Student para comparar grupos de sesiones, y correlaciones de Pearson y parciales para analizar las relaciones entre las variables.

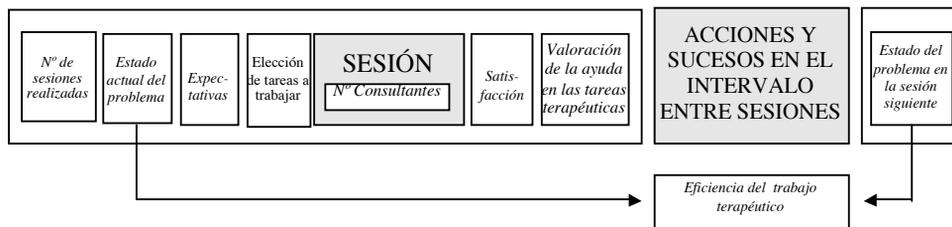


Figura 1. Esquema temporal de las variables utilizadas en el estudio (en cursiva).

RESULTADOS

La tabla 2 recoge los valores de distribución de las variables. En ella puede apreciarse el número de casos sobre el que se realizan los análisis estadísticos para cada variable y las medidas de tendencia central. La tabla 3 muestra la frecuencia con que las consultantes eligen unas u otras tareas para trabajar durante la sesión, y también la frecuencia con que las consideran trabajadas al finalizar la misma. La tarea más frecuentemente elegida es *saber cómo actuar para que las cosas cambien*, que es al mismo tiempo la que más se trabaja. Tal y como puede apreciarse en la tabla, los consultantes marcan más tareas al final de la sesión como trabajadas que al principio para trabajar (aproximadamente un 40% más).

Un primer vistazo a los resultados del análisis de correlación revela que la satisfacción de los consultantes es significativamente mayor cuantas más sesiones se hayan realizado con anterioridad, menor número de consultantes asistan a ellas, más optimista se haya sido en la evaluación previa del problema (estado actual) y mejores sean sus expectativas de efectividad para la sesión (tabla 4).

Sin embargo, al realizar correlaciones parciales entre satisfacción y cada una de las cuatro variables de partida, controlando cada vez la influencia de las restantes, solamente sesiones realizadas y expectativas muestran resultados significativos.

Tabla 1. Descripción de las variables consideradas en el estudio.

Variables de partida:	
•	<i>Sesiones realizadas</i> . Número de sesiones celebradas con anterioridad para ese caso.
•	<i>Número de consultantes</i> . Número de participantes en la sesión terapéutica, tanto protagonistas de la queja como acompañantes, sin incluir a la terapeuta.
•	<i>Expectativas de eficiencia</i> . Confianza del consultante en que la sesión que va a comenzar le ayudará a avanzar hacia la solución.
•	<i>Estado actual del problema</i> . Posición que marca el consultante en la escala de avance hacia la solución. Evalúa la distancia a la que se percibe de la solución de sus problemas justo antes de comenzar la sesión terapéutica.
Medidas de resultados:	
•	<i>Estado resultante del trabajo terapéutico</i> . Posición que la consultante marca en la misma escala pero en la sesión siguiente; mide el grado en que la sesión y las acciones realizadas entre sesiones contribuyen a la consecución de las metas de la terapia.
•	<i>Efectividad</i> . Se consideran <i>efectivas</i> las sesiones en las que la diferencia entre <i>Estado resultante</i> y <i>Estado actual</i> es mayor que cero. Si la diferencia es menor o igual a cero se consideran <i>inefectivas</i> .
Medidas de la calidad:	
•	<i>Satisfacción</i> . Recoge el grado en que el consultante se considera satisfecho con el transcurso de la sesión que acaba de terminar.
•	<i>Ayuda obtenida para...</i> Grado en que el consultante estima haber recibido ayuda para cada una de las nueve tareas terapéuticas inventariadas.
Indicadores del ajuste del terapeuta a las prioridades de trabajo del consultante:	
•	<i>Promedio de ayuda obtenida en todas las tareas trabajadas (PT)</i> . Promedio de la ayuda que la consultante considera haber obtenido en todas las tareas que cree que se han trabajado en la sesión, independientemente de que las haya seleccionado o no al comienzo.
•	<i>Promedio de ayuda obtenida en las tareas seleccionadas (PTS)</i> . Promedio de la ayuda que el consultante ha obtenido en las tareas que seleccionó, si estima que se han trabajado en la sesión.
•	<i>Promedio de ayuda obtenida en las tareas no seleccionadas (PTNS)</i> . Ayuda que el consultante cree haber recibido en ciertas tareas a pesar de no haberlas marcado como prioritarias.
•	<i>Promedio corregido de ayuda obtenida en las tareas trabajadas (PTC)</i> . Para calcular este promedio se iguala a "ninguna ayuda" la consideración del consultante de no haber recibido ayuda en tareas que marcó al comienzo como prioritarias. De este modo aumenta el número de casos cuyo valor es cero y por lo tanto el promedio baja. Esta medida "penaliza" el hecho de que el terapeuta no se haya ajustado a la petición del consultante.
•	<i>Promedio corregido de ayuda obtenida en las tareas trabajadas seleccionadas (PTSC)</i> . Ayuda que el consultante cree haber recibido para las tareas que marcó al principio como prioritarias; si considera que la tarea no se trabajó durante la sesión, la puntuación se iguala a "ninguna ayuda".

Las correlaciones de Pearson también demuestran que los dos tipos de variables que evalúan la calidad de las sesiones están significativamente relacionadas. En la tabla 5 puede verse que la *ayuda obtenida* en todas y cada una de las tareas tomadas individualmente está significativamente relacionada con *satisfacción*, con correlaciones en torno a 0,5. Además, al controlar mediante correlaciones parciales el efecto atribuible a las variables de partida, las anteriores disminuyen poco.

La correlación entre *ajuste* y *satisfacción* es fuerte pero no se confirma que la ayuda *ajustada* a la petición del consultante tenga una mayor repercusión en la satisfacción que la ayuda *indiscriminada*. Se suponía que la magnitud de las correlaciones entre la *satisfacción* y los índices de ajuste debería ser más alta para aquellos que reflejan una mayor atención por parte del terapeuta a la selección previa de la consultante (PTS).

Al contrario de lo que suponíamos resulta ser precisamente la ayuda recibida en conjunto (PT), sin tomar en cuenta qué tareas han sido previamente seleccionadas por el consultante, la variable que más alto correlaciona con *satisfacción* (tabla 6), aunque

Tabla 2. Distribución de las variables consideradas en el estudio.

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DT</i>	Mínimo	Máximo
Sesiones realizadas	661	2,68	2,00	1,93	1	11
Número de consultantes	661	1,48	1,00	,66	1	5
Estado actual	661	4,91	5,00	2,38	0	10
Estado resultante	423	5,50	6,00	2,22	0	10
Expectativas	638	6,82	7,00	1,92	0	10
Satisfacción	598	3,68	4,00	,75	2	5
Ayuda para "Posible"	504	3,50	4,00	,72	1	5
Ayuda para "Positivo"	357	3,38	3,00	,84	1	5
Ayuda para "Entender"	445	3,56	4,00	,80	2	5
Ayuda para "Actuar"	515	3,51	4,00	,80	2	5
Ayuda para "Metas grandes"	325	3,38	3,00	,88	1	5
Ayuda "Metas pequeñas"	418	3,54	4,00	,74	1	5
Ayuda para "Buena idea"	303	3,39	3,00	,89	1	5
Ayuda "Valoración pasos"	348	3,49	4,00	,82	1	5
Ayuda para "Suficiente"	229	2,93	3,00	1,00	1	5
PT	599	3,47	3,50	,61	1,78	5
PTS	546	3,52	3,50	,65	1,86	5
PTNS	455	3,41	3,41	,70	1	5
PTC	645	3,15	3,33	,89	1	5
PTSC	609	3,08	3,25	1,02	1	5

Tabla 3. Frecuencia con que se seleccionan las tareas para trabajarlas durante la sesión y frecuencia con la que los consultantes las consideran trabajadas al terminar.

	Sesiones en las que se selecciona la tarea		Sesiones en las que se marca como trabajada	
	Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción
"Posible"	266	39,2%	516	76,0%
"Positivo"	155	22,9%	366	53,9%
"Entender"	312	46,0%	453	66,7%
"Actuar"	424	62,5%	527	77,6%
"Metas grandes"	190	28,0%	331	48,7%
"Metas pequeñas"	272	40,2%	426	62,7%
"Buena idea"	128	18,9%	308	45,4%
"Valoración pasos"	188	27,7%	353	52,0%
"Suficiente"	114	16,8%	230	33,9%
Total	2049		3510	

Tabla 4. Correlaciones de Pearson y parciales[†] entre las variables de partida y satisfacción y estado resultante.

	Satisfacción		Estado resultante	
	Pearson	Parciales ⁽¹⁾	Pearson	Parciales ⁽¹⁾
Sesiones realizadas	,251***	,200***	,200***	,014
Nº de consultantes	-,065	-,070	,185***	,110*
Estado actual	,236***	,032	,649***	,584***
Expectativas	,368***	,337***	,254***	,018

Notas: * $p < 0.05$; *** $p < 0.001$; [†]Correlaciones parciales controlando la influencia del resto de variables de partida.

Tabla 5. Correlaciones de Pearson y parciales[†] entre las variables de partida y las variables que miden calidad y resultados de las sesiones.

	Variables de partida				Medidas de resultados y calidad			
	Sesiones realizadas	Nº de consultantes	Estado actual	Expectativas	Satisfacción	Satisfacción [†]	Estado resultante	Estado resultante [†]
Satisfacción	,251***	-,107**	,241***	,363***	--	--	,217***	,017
Ayuda para "Posible"	,251***	-,083	,247***	,241***	,538***	,456***	,149**	,000
Ayuda para "Positivo"	,243***	-,001	,266***	,263***	,480***	,386***	,263***	,084
Ayuda para "Entender"	,221***	-,074	,323***	,269***	,573***	,503***	,311***	,153**
Ayuda para "Actuar"	,241***	-,029	,291***	,344***	,527***	,419***	,206***	,017
Ayuda para "Metas grandes"	,325***	-,042	,256***	,218***	,522***	,445***	,234***	,096
Ayuda para "Metas pequeñas"	,185***	-,050	,207***	,345***	,495***	,388***	,247***	,120*
Ayuda para "Buena idea"	,152*	-,013	,248***	,223***	,416***	,330***	,203**	,055
Ayuda para "Valoración pasos"	,192**	,101	,212**	,286***	,482***	,425***	,270***	,162*
Ayuda para "Suficiente"	,253***	,118	,445***	,349***	,408***	,285***	,395***	,162

Notas: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; [†]Correlaciones parciales controlando la influencia del resto de variables de partida.

la diferencia entre ambas correlaciones es ciertamente pequeña (.656 frente a .622). Más aún, la correlación entre *satisfacción* y el promedio de ayuda en las tareas no seleccionadas (PTNS) es sorprendentemente alta.

Respecto al otro criterio de ajuste que evaluamos, la penalización por desatender las tareas seleccionadas, los resultados son también contrarios a lo esperado. Ninguno de los dos índices corregidos obtiene mayores correlaciones con *satisfacción* que los no corregidos. Aunque las diferencias entre estas correlaciones son pequeñas, y todas ellas son fuertemente significativas, los resultados contradicen claramente nuestra hipótesis de que la mayor satisfacción provendría de las sesiones de mayor ajuste.

En cuanto a la *efectividad de cada sesión*, sólo existe una diferencia estadísticamente significativa entre las sesiones que redundan en una mejoría ($N= 245$) y las que no dan lugar a mejorías ($N= 178$). La media de la puntuación correspondiente a *estado actual* es mayor en las inefectivas que en las efectivas 5,469 frente a 4,383 ($t= 4,976$; $gl= 421$; $\alpha= ,000$). Las más efectivas son las sesiones que se inician con una peor evaluación del estado actual. No hay, sin embargo, diferencias significativas en torno al *número de sesiones*, *número de consultantes* ni *expectativas*. Tampoco hay diferencias estadísticamente significativas para las variables de calidad. Obtenemos una diferencia marginalmente significativa en aquellas sesiones en las que los consultantes juzgaron

Tabla 6. Correlaciones de Pearson y parciales[†] entre las variables indicadoras del ajuste del terapeuta a las prioridades de los consultantes y las variables de partida, calidad y resultados.

	Variables de partida			Medidas de resultados y calidad				
	Sesiones realizadas	Nº consultantes	Estado actual	Expectativas	Satisfacción	Satisfacción [†]	Estado resultante	Estado resultante [†]
PT	,290***	,011	,360***	,381***	,656***	,577***	,313***	,108*
PTS	,261***	,023	,302***	,337***	,622***	,569***	,217***	,015
PTNS	,274***	-,023	,332***	,327***	,556***	,455***	,337***	,146*
PTC	,171***	,010	,191***	,224***	,563***	,459***	,169***	,062
PTSC	,109**	,008	,094*	,158***	,434***	,363***	,062	,022

Notas: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; [†]Correlaciones parciales controlando la influencia del resto de variables de partida.

que se había hecho un trabajo sobre la tarea *metas pequeñas*. En las sesiones en las que los consultantes encuentran ayuda para esta tarea, más ayuda se asocia a más efectividad (3,64 en las 169 sesiones efectivas frente a 3,48 en las 123 inefectivas; $t = -1,910$; $gI = 290$; $\alpha = ,057$). Tampoco encontramos diferencias significativas en ninguno de los índices de ajuste.

Por otro lado las cuatro variables de partida, correlacionan positiva y significativamente con el *estado resultante*. Sin embargo, las correlaciones parciales que eliminan respectivamente la influencia de las otras tres muestran resultados significativos solamente para las variables *número de consultantes* y *estado actual* (tabla 4).

Además, resultan significativas las correlaciones entre el *estado resultante* y las variables de calidad (la *satisfacción* y las *ayudas obtenidas*), pero las correlaciones parciales que eliminan la influencia de las variables de partida matizan este resultado. Solamente la ayuda para *entender*, la ayuda para *metas pequeñas* y la ayuda para *valoración pasos* correlacionan significativamente con el estado del problema en la sesión siguiente. Las correlaciones parciales hacen que incluso se pierda la significatividad de la relación entre el *estado resultante* y la *satisfacción* (tabla 5).

En cuanto a la supuesta importancia del ajuste para la efectividad de las sesiones, los datos demuestran lo mismo que con respecto a la variable *satisfacción* (tabla 6). No solamente el promedio de ayuda en las tareas sin discriminar (*PT*) correlaciona más con el *estado resultante* que el promedio de ayuda en las tareas seleccionadas (*PTS*), sino que incluso el promedio de la ayuda en las tareas no seleccionadas (*PTNS*) resulta tener una influencia más fuerte. Lo contrario en definitiva a lo esperado según la tradición de que el ajuste da lugar a sesiones más efectivas. Tampoco aquí encontramos mejores correlaciones en los índices que penalizan la desatención a tareas seleccionadas. Las correlaciones parciales revelan que solamente *PT* y *PTNS* se mantienen significativas al controlar las variables de partida.

DISCUSIÓN

En psicoterapia, la impresión generalizada es que el tratamiento debe acomodarse a las necesidades del cliente. Como señalan Norcross y Wampold (2011), esta opinión

está avalada por los resultados de la investigación. El proceso que nosotros llamamos *ajuste* ha recibido nombres diferentes: adaptación, sensibilidad, sintonización, confección, adaptación, individualización, etc. Sea cual sea el término empleado, su objeto siempre es incrementar la efectividad de los tratamientos. En este trabajo se ha estudiado la relación entre un aspecto concreto del ajuste -el ajuste en las tareas terapéuticas- y su relación con la efectividad terapéutica a corto plazo (no de los resultados finales, sino de los logros de una sesión a otra).

Las variables de partida que parecen tener peso en la satisfacción de las consultantes son la cantidad de sesiones realizadas con anterioridad (la antigüedad de la relación terapéutica, en definitiva) y las expectativas previas de que la sesión vaya a ser de ayuda. La satisfacción aumenta significativamente con el número de sesiones, aunque la correlación sea de pequeña magnitud ($r = .251$), y se puede suponer que dependa de aspectos no evaluados por nuestro instrumento, como el establecimiento y fortalecimiento de un vínculo de apego-cuidado entre consultantes y terapeutas (cuestión que pretendemos abordar en investigaciones futuras). La relación entre *expectativas* y *satisfacción*, independientemente de la antigüedad de la relación terapéutica y del estado del problema, parece indicar que la confianza en que la sesión vaya a ser de ayuda favorece que los consultantes se encuentren más satisfechos al final de la sesión. Esto concuerda con la importancia que otros autores dan a las expectativas de las consultantes para predecir la calidad de la relación terapéutica (Constantino, Arnkoff, Gass, Ametrano y Smith, 2011; Meyer, Pilkonis, Krupnick, Egan, Simmens y Sotsky, 2002).

Las relaciones entre las variables de partida y las medidas de resultados muestran el patrón complementario al anterior. Curiosamente, el número de sesiones ya realizadas y las expectativas dejan de ser importantes, y es sobre todo la variable *estado actual* del problema la que parece anticipar el *estado resultante* del problema tras el intervalo entre sesiones. El *número de consultantes* también muestra una correlación positiva y significativa con el *estado resultante*, aunque débil. Este resultado apunta a la posibilidad de que una tercera variable medie entre el número de consultantes y el resultado del trabajo, relacionada también con la alianza terapéutica: la alianza entre consultantes o alianza intra-sistema, en términos de Pinsof (1995). Nuestra pretensión es incluir también la evaluación de esta vertiente de la alianza terapéutica en investigaciones futuras.

Las ayudas que las consultantes encuentran en la sesión para realizar las tareas terapéuticas tienen una clara relación con la satisfacción. Podría opinarse que se trata de una conclusión superflua, si no fuera porque para predecir el *estado resultante*, la *satisfacción* no es significativa (si se controla la influencia de las variables de partida) y lo es sin embargo la ayuda recibida en algunas tareas: *entender lo que ocurre*, *tener claras las metas pequeñas* y *saber qué valoración merecen los pasos dados*. Parece que para la efectividad no es importante que las consultantes hayan quedado satisfechas con la sesión sino que hayan obtenido cierta clase de conocimientos.

El papel especial que parece *no tener* el ajuste (es decir, el atender prioritariamente las tareas solicitadas por el consultante) es el resultado más sorprendente de este estudio. Los resultados reflejan una alta asociación entre los niveles de ayuda, ajustada o no y la satisfacción de los consultantes con la sesión, pero la concordancia entre la clase de ayuda solicitada y la obtenida parece no tener influencia en que los consultantes

queden más satisfechos con la sesión. La *satisfacción* es tanto más alta cuanto mayor es la ayuda que se considera haber recibido en las tareas trabajadas durante la sesión, hayan sido seleccionadas para trabajarlas o no. Según esto, la idea de que los consultantes van a terapia con una “agenda de tareas” solo parece defendible si se piensa que el consultante elige tareas para la sesión como una persona golosa elige dulces ante el mostrador de una confitería. Prefieren unas ayudas pero disfrutan también de las tareas que no han elegido, y se conforman con el menú si está suficientemente bueno.

Los resultados sobre la relación (o mejor, a la falta de ella) entre el ajuste y la efectividad de la sesión siguen la misma dirección, aunque las conclusiones a este respecto deben ser más cautelosas, dado que es la efectividad, y no la satisfacción, lo que se espera de la terapia (sin menoscabo de la segunda). Según nuestros datos, tampoco es relevante para la mejoría que la terapeuta se haya centrado principalmente en las tareas indicadas por el consultante. Sí lo es, de nuevo, la cantidad de ayuda obtenida en general, con independencia de la selección previa. Peor aún, es la ayuda en las tareas no seleccionadas la que obtiene la correlación más fuerte, aunque sea por muy poco. Que esto sea así quiere decir que lo que el consultante cree que le va a ayudar *no es* lo que le ayuda de hecho. Podríamos decir que si la selección de tareas por parte de los consultantes responde a una teoría acerca de la solución, la lógica del problema se escapa a sus conocimientos.

El hecho de que la influencia de la variable *expectativas* en el *estado resultante* desaparezca con las correlaciones parciales refuerza esta idea. Si las expectativas de mejora no correlacionan con la evolución del problema es que su teoría del cambio no es útil para predecir si lo habrá. Podríamos confirmar esta idea si contásemos con una evaluación de expectativas al acabar la sesión y no sólo al comienzo de la misma, o mejor aún, si se evaluase antes de comenzar cada sesión la utilidad de la ayuda que obtuvieron en la sesión anterior. Si con ese procedimiento se obtuvieran resultados similares, esta conclusión se impondría con mayor certeza.

¿Quiere esto decir que rechazamos la tesis de Duncan y Miller (2000) de que se debe respetar la teoría del cambio de los consultantes? Puede que en parte sí. Si por teoría del cambio entendemos, como ellos dicen, la percepción del consultante acerca de la formación y resolución del problema, la respuesta es que esa percepción con frecuencia les lleva a seleccionar tareas que no resultan necesarias ni para que queden satisfechos con la sesión ni para que sus acciones entre sesiones resulten efectivas. Si por “respeto a la teoría del cambio del consultante” se entiende aceptar sus criterios sobre lo positivo y lo negativo, lo aceptable y lo inaceptable, lo doloroso y lo placentero o lo verdadero y lo falso, estamos plenamente de acuerdo. Los criterios, metas, valores, observaciones, experiencias del consultante representan un papel central. De hecho, que la ayuda para *saber cómo actuar para que las cosas cambien* no esté entre las significativas, y lo esté en cambio *entender lo que ocurre*, nos remite a la necesidad que tiene la consultante de improvisar en situaciones no siempre predecibles, ni para ella ni para la terapeuta. No es sólo que la consultante pueda hacer observaciones que el terapeuta no puede hacer, sino que es quien se la juega al intentar cambiar el mundo en el que vive. Y el mundo también juega. Los llamados “factores extra-terapéuticos” son, en nuestra concepción, una mala etiqueta para denominar el terreno en el que se juega el éxito de la terapia.

Se puede ensayar o proyectar una jugada, pero más importante parece ser conocer las reglas del juego (entender lo que ocurre).

Antes de haber leído los convincentes argumentos de Lambert (Assay y Lambert, 1999; Lambert y Barley, 2001), como terapeutas ya habíamos asumido que el papel de nuestras elecciones técnicas es de importancia menor en comparación con la de los consultantes. Como De Shazer parece que acostumbraba a decir en sus terapias, los problemas se solucionan con esfuerzo: el que hacen los consultantes en su día a día. Si la psicoterapia funciona es gracias a que ellos consiguen que cambie lo que les hacen, lo que les dicen y lo que sucede en sus vidas, haciendo ellos mismos cosas y *haciendo hacer* a otros (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010). El llamativo resultado de que la ayuda obtenida para *entender lo que ocurre* guarde una relación más fuerte con la consecución de las metas que la ayuda para *saber cómo actuar*, o para *saber si es buena idea lo que he pensado hacer*, es congruente con este planteamiento. Las dos últimas coincidirían con el componente de “regulación conductual” que Sprenkle y Blow (2004) recogen como parte de las variables inespecíficas co-responsables de los cambios en psicoterapia. Se trataría, según su terminología, de “cambiar haciendo” (*changing by doing*), que aún siendo de suma relevancia proporciona menos posibilidades de adaptación a circunstancias cambiantes que la “gestión cognitiva” (*cognitive mastery*) que estos autores toman de Karasu (1986). La importancia de comprender no significa que la adquisición de otra clase de conocimientos resulte inútil, sino que los acontecimientos no previstos que ocurren entre sesiones pueden hacer que los planes de actuación resulten impracticables. Una estrategia de instrucción en actuaciones concretas será más eficaz para secuencias vitales cortas, previsibles y sencillas, pero una parte importante de las cosas dolorosas que ocurren en la vida no son predecibles ni con mucha antelación ni con gran detalle. En investigaciones futuras se podría comprobar si la correlación entre la ayuda en la tarea de *entender lo que ocurre* y la eficacia de la sesión aumenta cuanto más largo sea el intervalo entre sesiones.

Es razonable pensar que de entre las variables que hemos considerado en este estudio, la que resulta conceptualmente más cercana a lo que se suele denominar alianza terapéutica sea *satisfacción*. Si es así, es decir, si en nuestro estudio la alianza se mide a través de la satisfacción del consultante con la sesión, entonces se puede apoyar la conclusión de que la alianza puede ser una condición necesaria para la efectividad pero no suficiente. La alianza no predice los resultados terapéuticos. O al menos no por sí misma. La correlación entre *satisfacción* y *estado resultante* (manteniendo controladas las variables de partida) es según nuestros datos casi inexistente (.017). Lo que sí predice el *estado resultante* son las ayudas recibidas en las tareas terapéuticas (tanto los promedios de ayuda como las ayudas en tareas singulares), que predicen también, al mismo tiempo, la satisfacción con la sesión.

A pesar del acuerdo general en que la calidad de la alianza redunde de algún modo en los resultados de la terapia, aún no existe constancia clara de la dirección de tal influencia. Como bien señalan Botella y Corbella (2011), no se puede descartar que ocurra al revés, es decir, que el avance hacia las metas de la terapia mejore la alianza, y no al revés. Dicho de otro modo, que la relación terapéutica sea subsidiaria de la efectividad. Según los resultados de nuestro estudio se podría entender efectivamente así.

No sería la alianza lo que predice la efectividad, sino la adquisición de conocimientos, que sí correlaciona con la alianza (si, en efecto, se manifiesta como satisfacción con la sesión). En conclusión, la alianza terapéutica podría predecir los resultados del trabajo terapéutico sólo a través de los conocimientos que se adquieren durante la sesión, que sí ostentan unas correlaciones importantes con *satisfacción* (.631 con PT, por ejemplo). El tipo de conocimientos que mejor predeciría la alianza sería entonces el relacionado con la comprensión de la situación. Y también es razonable pensar que la mejoría en el problema repercute en que esos conocimientos mejoren.

Tal y como describimos en la introducción, hemos tomado un cuestionario concebido como instrumento terapéutico para investigar (Ezama Coto, Fontanil Gómez, Galván Fernández, Rodríguez Blanco y Toribios Álvarez, 2000), lo cual, con ser legítimo, no está exento de limitaciones. Una de ellas es la ausencia en nuestro estudio de una medida reconocida de alianza terapéutica, tanto entre terapeuta y consultantes como entre consultantes, cuestión a la que ya hemos hecho mención a lo largo de estas conclusiones. Cuando se examina la figura 1 también resulta evidente la escasa información que hemos reunido sobre lo que sucede en las sesiones. En futuros estudios nos proponemos obtener también datos sobre el tipo de propuestas que la terapeuta ha hecho durante la sesión. El carácter anti-disfuncional o pro-funcional de esas propuestas podría condicionar significativamente la relación entre la satisfacción y la efectividad. Las intervenciones *anti-disfuncionales*, destinadas a evitar que ciertas actividades se repitan, pueden resultar una ayuda eficaz pero frustrante (y existe un buen repertorio de ellas, desde las intenciones paradójicas de Frankl o las interpretaciones de Kelly, pasando por los re-encuadres paradójicos estratégicos de Watzlawick, las connotaciones positivas de Selvini y el grupo de Milán, las intervenciones provocadoras de Minuchin, los sacrificios de Erikson, luego bautizados por Haley como *ordials*). No aportan soluciones, sino ayudas para romper el círculo vicioso de intentos de solución contraproducentes (la Terapia de Aceptación y Compromiso se ha ocupado extensamente de este tipo de disfunciones) y ello pagando el precio de abandonar arraigadas explicaciones, metas, valoraciones y planes. Este tipo de intervención muy bien podría llevar a una correlación negativa entre satisfacción y efectividad (o incluso entre la percepción de ayuda recibida y efectividad) a diferencia de las *pro-funcionales*, las que pretenden incorporar conocimientos o habilidades al repertorio personal que sigan siendo útiles aún después de solucionado el problema.

Según el esquema de Bordin (generalmente aceptado por los autores que publican sobre alianza terapéutica, y que también nosotros seguimos), la alianza se define inicialmente como encaje y colaboración entre terapeuta y consultante, y puede separarse en tres componentes: el acuerdo en los objetivos, la aceptación mutua de las tareas a desarrollar durante la terapia y el establecimiento de un vínculo emocional (Bordin, 1979). La noción de ajuste (adaptación, encaje, acomodación, acuerdo...) está sustancialmente presente en todas las partes de la definición, y tratándose de lograr una relación de confianza y colaboración no puede ser de otra manera. Pero ¿qué significa *ajuste*? En nuestro trabajo, ajustarse es dar a los consultantes lo que quieren, y hemos asumido que, como expertos en sus propias vidas, tienen claro el tipo de conocimientos que persiguen. La conclusión a la que llegamos finalmente es que esto parece no

ser así. Parece más bien que las personas que consultan pueden conformarse gustosas con cosas distintas a las que eligen cuando se les da a escoger. Más allá de esto, la pregunta es si la obtención de lo que han encargado les resulta después útil para cambiar su día a día. La respuesta es que ello no les sirve más que lo que obtienen sin encargo. Todo apunta a que, cuando se quiere ayudar a alguien a resolver problemas, no se puede tomar como principio que el cliente siempre tiene la razón. Y sin embargo, hay fuertes apoyos para la idea de que el acuerdo entre consultantes y terapeutas es un ingrediente fundamental para que el trabajo de los terapeutas sirva de algo. ¿Está esa idea equivocada? Apoyándonos de nuevo en el esquema de Bordin, sospechamos que tal vez aquello que optimiza el acuerdo en las metas y el establecimiento de una relación de apego-cuidado puede ser distinto de lo que optimiza las tareas. Nos proponemos comprobarlo en investigaciones futuras. Mientras tanto, nos inclinamos a pensar que la idea de *ajuste* es menos productiva que la idea de *conformidad* y, en consonancia, que el delgado sendero por el que nuestros consultantes se esfuerzan camino de sus metas, aunque con tramos peligrosos y cansados, es más ancho de lo que pensábamos.

REFERENCES

- Assay TP y Lambert MJ (1999). The empirical case for the common factors in Therapy: Qualitative findings. En MA Hubble, BL Duncan y SD Miller (Eds.) *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barber J, Luborsky L, Crits-Christoph P, Thase M, Weiss R, Onken L y Gallop R (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 1, 54-73.
- Bordin ES (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- Bordin ES (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. En AO Horvath y LS Greenberg (Eds.) *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley & Sons.
- Botella L y Corbella S (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33
- Bowlby J (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós.
- Castonguay LG y Beutler LE (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631-638.
- Chadwick P (2009). *Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Cheng MKS (2007). New approaches for creating the therapeutic alliance: solution-focused interviewing, motivational interviewing, and the medication interest model. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 157-166.
- Constantino MJ, Arnkoff DB, Glass CR, Ametrano RM y Smith JZ (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 184-192.
- De Shazer S (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer S (1996). *Pautas de terapia familiar breve: Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer S (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Duncan BL y Miller SD (2000). The Client's Theory of Change: Consulting the Client in the Integrative Process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 169-187.

- Duncan BL y Miller SD (2008). *The Outcome and Session Rating Scales: The revised administration and scoring manual, including the Child Outcome Rating Scale*. Chicago: Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Ezama Coto E, Fontanil Gómez Y, Galván Fernández S, Rodríguez Blanco C y Toribios Álvarez A (2000). Nuevas puertas en entrevistas de psicoterapia: exploración sobre las etapas delegadas en la búsqueda de soluciones, *Psicothema*, 12, 682-694.
- Ezama E, Alonso Y y Fontanil Y (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 293-314.
- Ezama E, Alonso Y, González S, Galván S y Fontanil Y (2011). Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia? *Psicothema*, 23, 566-572.
- Fontanil Y, Ezama E y Toribios A (2004). Terapia y colaboración. *Mosaico*, 28, 36-43.
- González Pardo H y Pérez Álvarez M (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Henry WP y Strupp HH (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. En AO Horvath y LS Greenberg (Eds.) *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51-84). New York: John Wiley & Sons.
- Horvath AO y Symonds BD (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Karasu TB (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kaye K (1986). *La vida mental y social del bebé*. Barcelona: Paidós.
- Lambert MJ y Barley DE (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 357-361.
- Lambert MJ y Shimokawa K (2011). Collecting client feedback. En JC Norcross (Ed.) *Psychotherapy relationships that work* (pp. 203-223). New York: Oxford University Press.
- Lambert MJ (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Loredo Narciandi JC y Blanco Trejo F (2011). La práctica de la confesión y su génesis como tecnología psicológica. *Estudios de Psicología*, 32, 85-102.
- Meyer B, Pilkonis PA, Krupnick JL, Egan MK, Simmens SJ y Sotsky SM (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1051-1055.
- Norcross JC y Wampold BE (2011). What works for whom. Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 127-132.
- Norcross JC, Krebs PM y Prochaska JO (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 143-154.
- Pinsof WB (1995). *Integrative problem-centered therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Sprenkle DH y Blow AJ (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113-130.
- Swift JK, Callahan JL y Vollmer BM (2011). Preferences. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 155-165.
- Wood DJ, Brunner JS y Ross G (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 89-100.

Recibido, 9 Diciembre, 2011
Aceptación final, 9 Marzo, 2012

4. Disfunciones Psíquicas

4.1. Artículo. Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología

Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología

Esteban Ezama Coto¹, Yolanda Alonso^{*2} y Yolanda Fontanil Gómez^{*3}

¹Centro de Investigaciones Comunicacionales, Oviedo, España ²Universidad de Almería, España

³Universidad de Oviedo, España

ABSTRACT

Patients, Symptoms, Disorders, Organicism and Psychopathology. This article deals with the concept of “mental disorder” and its vicissitudes (including its classification and diagnosis), with the conventional concepts of *illness*, *disorder* and *symptom*, the alternative concepts of *failure*, *dysfunction* and *complaint*, and the organic, biological nature of psychical dysfunction. The aim of this report is to criticize openly the adoption of the medical concept of disease by psychopathologists and psychotherapists (or its soft version “disorder”) and to lead the reader to a perspective change by offering solid conceptual as well as practical alternatives.

Key words: psychopathology, mental illness, psychological diagnosis, biomedical model, constructivism.

RESUMEN

Se habla del concepto de “trastorno mental” y sus vicisitudes (entre ellas, su clasificación y su diagnóstico), de los conceptos clásicos de *enfermedad*, *trastorno* y *síntoma*, de los conceptos alternativos de *fracaso*, *disfunción* y *queja* y del carácter orgánico, biológico, de toda disfunción psíquica. El objetivo del trabajo es criticar abiertamente la adopción del concepto médico de enfermedad por psicopatólogos y psicoterapeutas (o la de su versión *light* trastorno) y de llevar al lector a un cambio de perspectiva, ofreciéndole alternativas sólidas tanto desde el punto de vista conceptual como desde el punto de vista práctico.

Palabras claves: psicopatología, enfermedad mental, diagnóstico psicológico, modelo biomédico, constructivismo.

El fuerte predominio del modelo biomédico, y el hecho de que la primera teoría psicoterapéutica importante (el psicoanálisis) fuera hija natural de éste, han hecho que la terminología propia de la medicina haya teñido profundamente no sólo la manera de llamar a las cosas sino también el esquema para pensarlas. Deténgase el lector un momento en la palabra “paciente”. Según el diccionario, *paciente* es aquél que recibe o padece la acción de algo. El término implica que hay un sanador que actúa sobre el sufriente como el cirujano actúa sobre el cuerpo que opera. Muchas psicoterapeutas han renunciado al uso de tal término y generalmente lo suelen sustituir por *cliente*, que

* La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse a Yolanda Alonso, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Almería, 04120 Almería, España. E-mail: yalonso@ual.es.

confiere a quien toma el servicio más grados de libertad y una posición más proporcionada ante la terapeuta (a lo largo del texto usamos indistintamente el masculino y el femenino como genéricos, refiriéndose ambos tanto a varones como a mujeres). Pero, con independencia de la adecuación semántica, eliminar *paciente* de la nomenclatura psicoterapéutica es para nosotras un paso ventajoso, porque es fundamental que se conciba a quien sufre por asuntos de salud mental no como un paciente sino como un *agente*. Los problemas que atienden los psicoterapeutas son el producto de la actividad psíquica de los sujetos, de modo que los sujetos son *agentes* de esos problemas, por más que sufran por ellos. Y, consecuentemente, el papel que tiene en la terapia la persona que consulta no es, en modo alguno, el de un suministrador ingenuo de información o el de un receptor pasivo de tratamientos, sino el de sujeto activo cuyas preferencias, propósitos, conocimientos y acciones son determinantes. Por todo esto, cuando nos referimos a las personas que solicitan la ayuda de una terapeuta, es decir, que le consultan, preferimos descartar la palabra “paciente” y, al igual que Beyebach (2006), sustituirla por “consultante”.

En la tradición sistémica se han venido utilizando las expresiones “portador del síntoma”, “paciente designado” o “paciente identificado” para expresar que la solución del problema no se ha de buscar en el cambio solitario de quien presenta los síntomas. Estas expresiones intentan además evitar que los *otros que cuentan* sean relegados (Jackson, 1957). Adscribir a alguien en la categoría de paciente supone afirmar que lo que está pasando es asunto exclusivo de la persona que señalamos como enferma. *Consultante* evoca a quien desea que ocurran cambios como resultado de su propio esfuerzo o de los esfuerzos de los demás, y no señala a *portadores de síntomas* o *pacientes designados*, que no siempre acuden a la consulta la primera vez y que en ocasiones ni siquiera pasan por ella (Weiss y Haertel-Weiss, 1991; Boscolo y Bertrando, 1996). *Consultante* tiene la ventaja añadida de ser independiente de quién sea la persona que presenta síntomas. Cuando hablamos de éstas últimas, y puesto que por razones que veremos enseguida también contemplamos con escepticismo el uso de la palabra “síntoma”, preferimos decir “*protagonista de la queja*”.

TRASTORNOS Y SÍNTOMAS

El uso del término “trastorno mental” tiene, sin duda, mayor trascendencia que el de “paciente”. *Trastorno mental* es el concepto más utilizado por los profesionales en la práctica, al tiempo que el oficialmente aceptado por los dictados de la *American Psychiatric Association* (2004) y la OMS (1992) a través del DSM y la CIE respectivamente. El primero lo usa disculpándose, y con la justificación de no haber encontrado otro mejor; pero es fácil ver que si se usa la palabra “trastorno” es porque se desearía poder usar la palabra “enfermedad”. Comparando los diferentes capítulos de la CIE se comprueba que la clasificación de los trastornos mentales sigue la misma rutina que la de las enfermedades venéreas o hepáticas. Es más, la diferenciación pragmática que hace el DSM entre el “trastorno mental” y la “enfermedad médica” es que “enfermedad médica” es todo lo que está en los capítulos de la CIE que no son el capítulo V (el dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento), al tiempo que sus autores

reconocen ser hoy conscientes de que hay mucho de “físico” en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los “físicos”. *Trastorno* resulta ser, en definitiva, un sinónimo de enfermedad con connotaciones algo más suaves (la Real Academia de la Lengua define *trastorno* como una “alteración leve de la salud”) y, habiendo recibido ya el diagnóstico de determinado trastorno mental, los consultantes suelen hablar con soltura de la *enfermedad* que padecen o de lo que la *enfermedad* del paciente les hace padecer...

Aunque pudiera dar esa impresión, rechazar los conceptos de “trastorno” o “enfermedad mental”, y con ello términos como “esquizofrenia”, “anorexia”, “depresión” o “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, no significa quitar importancia a los problemas que terminan así clasificados. Como defendimos hace años (Gómez Fontanil y Coto Ezama, 1986), que la medicina se ocupe de asuntos dolorosos no significa que todo lo doloroso y lo indeseable vaya a ser bien tratado con las ideas de la medicina (*vid.* González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). Lo que se niega es la utilidad de estos términos más allá de la pura clasificación provisional (o administrativa) de lo que observamos (a veces ni siquiera eso: Bentall, 1998; Bentall, Baker y Havers, 1991; Bentall, 2006) y, sobre todo, se rechaza la deriva que proviene de igualar los problemas psicopatológicos a enfermedades. Muchas veces, los psicoterapeutas intentan integrar su trabajo en esta visión convencional para hacerse más creíbles, más aceptables para aquellos con los que tienen que trabajar; pero este intento de integración resulta muy costoso para quien busca ayuda, y un ritual vacío para quien quiere darla. No se trata de evitar el concepto de anormalidad ni de dejar de hablar de lo patológico, sino de buscar una concepción de la psicopatología que vaya más allá de los consensos o los códigos (profesionales o penales) y que reconozca a quienes sufren su estatus de agentes.

Si el término “trastorno mental” se cuestiona pocas veces, aún se critica menos el de “síntoma mental”. *Síntoma* es en medicina la manifestación subjetiva de una enfermedad, siendo el *signo* la manifestación objetiva. Los síntomas son necesarios para el quehacer médico, a pesar de que nuestra medicina convencional encara la enfermedad poniendo al sujeto entre paréntesis y dándole un tratamiento de objeto. La información que da un síntoma proviene en realidad de dos sujetos: de aquél que informa y de aquél que interpreta la información presuponiendo la honestidad del informante. En el más simple de los casos, la información que da un signo procede de un solo sujeto: el que distingue la pupila dilatada o el silbido del pulmón con el fonendoscopio. El ideal de la medicina moderna es que la paciente no tenga nada que decir, que la médica y sus ayudantes no necesiten escucharla. La persona enferma es un mecanismo averiado, “un páncreas” o “una columna” o “un apéndice”. Del mismo modo, los síntomas que figuran en la clasificación de los trastornos mentales pretenden remitirnos a otras averías, de la mente para unos y del cerebro para otros (esto último cuando se defiende que lo mental es un mero producto del funcionamiento cerebral, o cuando la psicoterapeuta concluye que sus habilidades no dan para más y que el mal ha de ser orgánico). Por su parte, la psicofarmacología, carente de otro modelo teórico que organice sus conocimientos, basa su nosología en listados de síntomas que expresan supuestos desequilibrios neuroquímicos. Este proceder ha sido señalado en no pocas ocasiones como un artificio al servicio del *marketing* farmacéutico, dada la sospechosa pero frecuente coincidencia

entre la atención sobre ciertos síntomas o combinaciones de síntomas y la aparición en el mercado de productos químicos que regulan los desequilibrios de los que esos síntomas son expresión (por ejemplo, Blech, 2005; Mosher, Gosden y Beder, 2006; González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). Así las cosas, desvincular el concepto de síntoma de la psicopatología no será fácil, con todo, nosotros proponemos en apartados posteriores la “queja” como alternativa.

ORGANICIDAD

Estamos de acuerdo con el DSM IV en que distinguir trastornos mentales de trastornos físicos es un anacronismo superviviente de la tradición cartesiana, todavía profundamente arraigada, que considera al ser humano como compuesto por dos naturalezas distintas que se juntan en algún lugar (Descartes propuso la glándula pineal). Pero también es cierto que el DSM IV no da ni la menor indicación de cómo afrontar el problema. La historia del dualismo mente-cuerpo está llena de intentos de eliminación y de fracasos. El dualismo es un modo de pensar tan tradicional e incorporado a la vida diaria que lo difícil es dudar de él: tenemos un cuerpo, sujeto a las leyes de la física, y tenemos un espíritu, alma, mente o psique cuyo funcionamiento está sujeto a otras leyes diferentes. Los problemas de mantener la existencia de estas dos naturalezas llegan en seguida, al intentar, por ejemplo, asignar circunstancias a una u otra. ¿Sonrojarse es mental o físico? ¿Bostezar es psicológico o fisiológico? ¿Es del dominio de lo *conductual*, del de los actos intencionales, con significado, que buscan cambios, o de lo *aconductual*, del de los actos no intencionales, de naturaleza puramente neurofisiológica, que remiten a un estado del organismo, como se preguntaba Castilla del Pino (1980)? ¿Y la eyaculación precoz? ¿Y cualquiera de ellos si se ha aprendido a producirlos como se aprende a ralentizar los latidos cardiacos?

En la primera mitad del siglo XX, estos problemas (como casi todos los de la psicología clínica) estuvieron fundamentalmente en manos del psicoanálisis. Alexander (1950) trató de resolverlos sin eliminar el dualismo, declarando la existencia de una nueva categoría de enfermedades, las psicósomáticas, en las que lo psíquico *causa* la enfermedad de modo similar a como la causaría un germen (Alonso y López Ríos, 2002). Pero esto no resolvió el problema sino que nos enfrentó con otro igualmente difícil: ¿cómo tiene lugar esa conexión causal? ¿En qué consisten y cómo funcionan las conexiones entre lo psíquico y lo corporal? Los intentos de responder a esta pregunta han recorrido, a lo largo de la historia de la psicología, todas las posibilidades imaginables: desde entender que lo psicológico emana de lo físico, hasta entender que todo es mental, que las cosas son ideas, pasando por pensar que llevamos dos vidas paralelas, la mental y la física, y que no están conectadas entre sí sino que covarían respondiendo a cambios externos (*vid.* Fernández *et al.* 2003; Popper y Eccles, 1980; Bunge, 1980; Alcocer Urueta, 2005). Pero explicar las conexiones mente-cuerpo es un problema sin solución, porque éstas no pueden pertenecer ni a un ámbito ni al otro. Finalmente, el recorrido oficial de esta vieja controversia ha devenido en una solución de compromiso, el afamado *modelo bio-psico-social* (Engel, 1977), según el cual los asuntos del cuerpo, de la mente y los socioculturales se ponen juntos, simplemente,

y a un mismo nivel, de forma que todos los participantes en la discusión puedan ser debidamente escuchados (Alonso, 2004, 2009).

El problema de las relaciones entre la mente y el cuerpo es viejo y esquivo. Nuestra posición es que tanto decir que la fisiología causa la conducta (como por ejemplo, cuando se asegura que la causa de los síntomas de la esquizofrenia es una función dopaminérgica anormal), como decir que lo mental causa lo físico (como cuando se dice que la causa de la angina de pecho es la tristeza por la muerte del ser querido) son afirmaciones absurdas. No es que sean falsas ni verdaderas, es que *no son pertinentes*.

¿Cómo se relacionan la mente y el cuerpo?

Para entender las relaciones mente-cuerpo nos serviremos de un ejemplo, una muestra, en realidad, del tejido del que están hechos la una y el otro. La distinción y la relación entre ambos va en paralelo con la conexión entre una conversación y las oscilaciones del aire que nos permiten oírlos, donde, a efectos de nuestra comparación, la conversación es lo mental y las vibraciones lo físico. ¿Tiene sentido decir que las palabras *causan* las oscilaciones que registramos y examinamos como ondas sonoras? Evidentemente, no. Las ondulaciones son causadas exclusivamente por los movimientos de las cuerdas vocales y la resonancia de la cavidad bucal. Pero, ¿*causan* esas ondulaciones las palabras de la conversación? La palabra “causar” resulta aquí muy extraña. La razón es que palabras y vibraciones pertenecen a *órdenes de cosas distintos*, y un esquema de causas y efectos sólo tiene sentido dentro del mismo orden. Las ondulaciones del aire, por ejemplo, pueden ser tan intensas que causen la rotura de una copa de cristal. Pero ni las palabras causan vibraciones en el aire ni las vibraciones del aire causan palabras. Según esto pues, tampoco es pertinente decir que trabajar demasiado causa un infarto o que los niveles alterados de dopamina son la causa de alucinaciones o conductas desorganizadas.

¿Y qué *órdenes de cosas* son esos? Probemos a sustituir “causan” por “consisten en” y veamos cómo se entienden las frases. Si decimos que las palabras *consisten en* vibraciones del aire, sigue sonando extraño, pero si interpretamos la expresión como equivalente a “las palabras *no son más que* vibraciones del aire” ya no lo es tanto porque nos lleva a una idea reduccionista bastante corriente, como afirmar que los procesos psicológicos no son en definitiva más que química. Si decimos que “las vibraciones *consisten en* las palabras que distinguimos”, o que “las vibraciones del aire *no son más que* palabras” nos topamos con algo mucho más extraño; pero también mucho más interesante, porque la frase sí puede tener sentido... pero sólo si metemos un sujeto en la escena. “Para Rosa, las vibraciones del aire no eran más que palabras” o, mejor aún: “Para Rosa, las vibraciones del aire que el aparato registraba no eran más que palabras. Lo que había grabado era una conversación”. Es decir, las vibraciones son palabras cuando entra en juego el trabajo de un sujeto que las distingue como especímenes de una categoría concreta de sonidos. Cuando una persona intenta hacerlas llegar a la habitación vecina con un cordel y dos vasos de papel, las palabras consisten en vibraciones. Tiene que tratarlas como tales para tener éxito. Pero las vibraciones consisten en palabras para una persona cuando puede distinguir sonidos concretos

en los cambios que el aparato registra, en estos sonidos, palabras, y en éstas, frases organizadas como sucesiones de intervenciones de dos o más hablantes. La expresión “consistir en” nos ayuda a ver la necesidad de un sujeto, de un organismo para el que las vibraciones resultan distinguibles, primero como sonidos, luego como palabras, luego como frases, luego como conversación... Un sujeto que en las luces y los colores de la pantalla de un ordenador (otra clase de vibraciones) ve *la misma* conversación, que se ha transcrito con la ayuda de un programa que reproduce las operaciones previstas por varios programadores e ingenieros. Para entender en qué consisten las vibraciones hay que distinguir, recordar, conocer, conjeturar... Cuando las vibraciones ya han sido distinguidas e interpretadas ya podemos decir que son los elementos físicos en los que consiste la conversación, pero sólo porque los hemos considerado desde el punto de vista de la función que desempeñan para que la conversación sea posible. No hay una relación causal entre vibraciones y diálogo, sino una *relación funcional* (una relación de “servir para”).

El lugar de la física y la química

Podemos reducir lo que ocurre en un organismo a física y química o, mejor dicho, podemos limitar nuestro estudio a lo físico y lo químico que ocurre en un organismo. Pero sólo un punto de vista ajeno a la física y la química, el punto de vista funcional, nos permitirá entender qué partes de lo que estudiamos son relevantes y cuáles no. Qué es ruido y qué palabras. Qué es lo que hace de una molécula un neurotransmisor: no su composición química, sino la función que cumple en el sistema nervioso, igual que lo que hace de la extremidad superior de un murciélago un ala no es su estructura anatómica, casi idéntica a la de nuestra mano, sino su función. Sólo poniendo *paraqués* podemos convertir la física en fisiología. Conociendo la fisiología de un organismo sabemos de qué manera alterar su física o su química para que la función sea posible (o imposible), pero ni la física ni la química *causan* la función. La función ya estaba allí. Si estudiamos un mecanismo en vez de un organismo sabemos que la función la han puesto sus diseñadoras y que, si el mecanismo no está estropeado, las series causales físico-químicas han de llevar a un resultado elegido, a un paraqué (*vid.* Fernández *et al.*, 2003). Pero si se trata de un ser vivo, la función la hemos de atribuir o bien a un Diseñador Supremo (Dios, la Naturaleza...) o bien a la actividad del propio organismo y a la de sus antecesores. Sea el ser vivo que sea, esa actividad le hace en algún grado un semejante nuestro, pues es capaz de hacer distinciones, de reaccionar ante lo presente como si fuese algo ausente, de recordar, preferir y decidir. Le hace un *alguien*, en definitiva.

Cuando aplicamos un criterio funcional estamos situándonos en un punto de vista, no partiendo de conocimientos diferentes. No hay una funcionalidad fisiológica y otra psicológica: la funcionalidad resulta de organizar los sucesos que estudiamos en términos de medios y fines. La fisiología se ocupa de estudiar cómo se componen físicamente los procesos que dan lugar a esos sucesos. Y si no se limita a la Biofísica o Bioquímica, entonces la fisiología hace algo más: estudia la coordinación entre agentes, limitados, pero agentes al fin. La analogía entre un país y un organismo es exagerada pero no es

un sinsentido. Cuando se dice por ejemplo que las células cancerosas utilizan estrategias para invadir los tejidos vecinos no es que se pretenda hacer literatura divulgativa, es que para entender lo que sucede no hay más remedio que pensar *como si* las células intentasen cosas. Ese “como si” se puede quedar en una actitud del investigador, la actitud intencional de Dennett (2004), o llevar a la afirmación de que las células no son cosas (autómatas como insinúa Dennett), sino agentes. Mucha fisiología es bioquímica guiada por criterios psicológicos y biológicos (funcionales), pero otra mucha es, en realidad, una especie de micro-zoología, micro-etología o psicología de unicelulares: las bacterias atacan, los virus invaden, los linfocitos defienden, etc. En muchos casos no es que la fisiología ponga entre paréntesis al sujeto sino que lo disgrega en billones de sujetos que se coordinan para dar lugar a un sujeto mucho más grande, igual que, de alguna manera, la coordinación de decenas de miles de termitas hace un termitero incesantemente reconstruido, alimentado y defendido por individuos.

La Física se ha construido como disciplina eliminando los propósitos, los conocimientos, las preferencias, las decisiones o la memoria (todo lo que sólo caracteriza a los seres vivos). Ha progresado eliminando conjeturas tales como las “apetencias” del agua, las “estrategias” del fuego o la “tozudez” del acero. Negando, por ejemplo, que las tormentas sean “astutas” o “rencorosas”. Todo lo que no se ha descartado por superfluo ha servido para construir, a lo largo de los siglos, conocimientos y artefactos. Gracias a ellos se dan explicaciones físicas y se hacen predicciones que nos resultan útiles, económicas y productivas, más que las derivadas de explicaciones animistas, por ejemplo, que las fuerzas desatadas de la naturaleza sean castigos. Por esa razón seguiremos recurriendo a conocimientos físicos para predecir el tiempo y el clima, y seguiremos entendiendo que las corrientes marinas o las tormentas solares carecen de propósitos, recuerdos o planes. La física (al igual que la química) es muy eficaz cuando se trata de explicar y predecir sucesos y ocasionarlos.

Si se aplica la física para transformar seres vivos sigue siendo efectiva en algunos aspectos. Se puede destruir un ser vivo con los mismos principios que a un objeto o a un cadáver. Se le puede transformar de muchas maneras sin necesidad de considerarle *sujeto*, de la misma forma que se revela innecesario considerar sujeto a la arcilla. Los seres vivos comparten algunas características con los objetos inanimados. Se puede calcular la energía necesaria para que una bala atraviese a un gorila con los mismos métodos con que se calcula para un bloque de gelatina, y se puede analizar la composición química de una lagartija de la misma forma que la de una mancha de petróleo. Pero ¿qué ocurriría si un equipo de especialistas en física y química pretendiese explicar su propio quehacer científico recurriendo exclusivamente a los métodos y a los conocimientos de la física y la química? La respuesta es que una parte muy considerable de lo que hiciesen sería inexplicable, porque para hacer física y química hay que identificar, recordar, preferir, conversar, conjeturar, escribir, decidir, planear, predecir, colocar... Y muchas otras cosas que no caben en el vocabulario de esas disciplinas. Podrán estudiar la mecánica de la escritura, la acústica de la conversación o la química del recuerdo, pero ni los procedimientos de la Física ni los de la Química les dirán qué es escribir, conversar o recordar. Podrán examinar los procesos físico-químicos que son usados cuando planean o conversan y podrán alterar esos procesos de modo que la conversación

o la planificación resulten imposibles; pero no podrán predecir cuánto va a durar la charla (“Vale. A las tres nos vamos”) o qué palabras se van a pronunciar en el próximo minuto (“Voy a leerlos la lista del trabajo para hoy”). Con física y química se pueden facilitar u obstaculizar las actividades de los organismos, pero no se pueden entender ni transformar de la forma que muchas veces nos interesa. Es esta la imposibilidad que Kant expuso en la *Critica del Juicio* y que le llevó a proponer una ley de causalidad teleológica, necesaria para complementar la de la Física de Newton, cuando se trata de estudiar a los seres vivos. Hoy en día no apelamos a causas finales o a la idea de Dios para explicar a los seres vivos; pero a cambio hemos adoptado de forma más o menos explícita la visión de Darwin, que ha hecho de todos los seres vivos nuestros semejantes y nos los ha presentado luchando por la vida, compitiendo e ingeniándose las para conseguir sus propósitos. Como señala Loredo Narciandi (2005):

El darwinismo... plantea la exigencia de que, rompiendo la barrera kantiana entre naturaleza (animal) y libertad (humana), todos los animales sean considerados como sujetos, esto es, como agentes capaces de conocimiento. Sin la “agencialidad” de los animales, sin su actividad, ni siquiera se entiende el funcionamiento de la selección natural ni, por tanto, la evolución, puesto que la selección natural requiere la adaptación diferencial a través de la competencia, la colaboración y las elecciones cotidianas de los organismos (p. 3).

Siguiendo a Kant podemos ver como actividad psíquica y procesos físico-químicos *son aspectos o construcciones de la realidad diferentes*. Que en el nivel de la física hay causas y efectos, pero que en ese nivel los sujetos desaparecen, porque no se pueden distinguir sus operaciones y sus estrategias, igual que desaparecen de nuestro estudio las palabras si analizamos físicamente el registro de una conversación como secuencias de oscilaciones. Como establece Fernández Rodríguez (1988), en una discusión a propósito de las interpretaciones mecanicistas de la teoría de la selección natural, si nos ponemos las gafas de ver física dejamos de ver no sólo al sujeto sino al propio organismo:

Cuando se coloca uno en el plano de las relaciones causales, físicas, sin aceptar otro tipo de relaciones como las psicológicas, la propia idea de “organismo” y la correlativa de “medio” desaparecen (p. 32).

Otro tanto ocurre con el criterio de anormalidad. Según afirma George Canguilhem (1971), médico, fisiólogo e historiador de la ciencia francés:

Si el análisis fisiológico de funciones separadas sabe que está en presencia de hechos patológicos es porque se lo debe a una información clínica previa, porque la clínica pone al médico en relación con individuos completos y concretos, y no con órganos o con sus funciones. La patología, ya sea anatómica o fisiológica, analiza para conocer mejor, pero sólo puede saber que es patología, es decir estudio de los mecanismos de la enfermedad, porque recibe de la clínica esa noción de enfermedad cuyo origen tiene que ser buscado en la experiencia que los hombres tienen de sus relaciones de conjunto con el medio ambiente (p. 61 de la edición en castellano).

(...) “normal” y “patológico” no tienen ningún sentido en la escala en que el objeto biológico es descompuesto en equilibrios coloidales y en soluciones ionizadas (p. 79).

Es decir, cuando a la fisiología se la ve como estudio fiscalista de los procesos orgánicos, el propio organismo se esfuma, y con él los criterios para hablar de normalidad y patología. No hay solución de continuidad entre el cuerpo y lo que le rodea. Sabemos que hay un cuerpo por criterios externos a la física o la química, por criterios prácticos y a la postre por criterios psicológicos, que dan cuenta de los aspectos prácticos de la actividad de los organismos. Son precisamente las estrategias psicológicas (las ideas psicológicas de *obstáculo para la consecución de una meta*, o de *preferencia*, por ejemplo), que no tienen cabida ni en el lenguaje de la Física ni en el de la Química, la base respecto a la cuál algo se define como organismo o algo como patología. La fisiología molecular sólo es posible (es decir, sólo se salva de la disolución de su objeto de estudio en la continuidad físico-química que no distingue entre lo que está contenido por la piel y lo que está fuera de ella) gracias a un continuo retorno a la lectura psicológica de los procesos físico-químicos. Es decir, a una identificación permanente de las secuencias de acontecimientos físico-químicos como “soportes” de procesos psicológicos:

(...) Las funciones psicológicas son las secuencias de estrategias que los organismos establecen en el uso de los mecanismos causales físicos y fisiológicos... El sujeto psicológico *es* la secuencia de las estrategias orgánicas. A través de ellas se define como sujeto y define frente a él los objetos... (Fernández Rodríguez y López Ramírez, 1990: 94 y 95).

La parte “mente” de la dicotomía “mente-cuerpo” no es algo mental o espiritual, sino una secuencia sin fin de actividades y estrategias que *son orgánicas*, no inmateriales.

La biología de los trastornos

Todas las actividades de un organismo, habituales o casuales, planificadas o imprevistas, exitosas o fracasadas, deseables o indeseables, conllevan cambios fisiológicos. Toda actividad se realiza mediante el cambio físico-químico del agente y de lo que le rodea. Tan orgánica es la eutimia como la distimia, la solución genial como el delirio florido, la ensoñación reconfortante como la alucinación aterradora. No hay no-organicidad. Decir que una alteración fisiológica es responsable de la actividad indeseable de un organismo es en realidad decir que se ha identificado un proceso fisiológico cuya alteración se observa siempre que se observa la actividad indeseable en cuestión. Pero otro tanto cabría argumentar respecto a una actividad deseable. Pretender que hay trastornos orgánicos y trastornos que no lo son es un sinsentido. Todos son orgánicos, todos son biológicos. Es decir, todos son parte de la actividad de un organismo con memoria, preferencias, propósitos y capacidad de prever y elegir. No hay éxitos no biológicos ni fracasos no biológicos ni trastornos mentales no biológicos. Pero tampoco hay biología exclusivamente molecular. Cuando se deja de pensar en términos de funciones, propósitos, errores o éxitos tampoco hay biología ni nada que merezca el nombre de fisiología.

Para describir de forma precisa la fisiología de un trastorno es necesario caracterizar de forma precisa las actividades (exitosas o fracasadas) a las que el trastorno

se refiere. Necesitamos saber cuál es el propósito de la actividad (qué quiere hacer el organismo), cuáles son los pasos o los logros intermedios que requiere la estrategia que se está usando para ese propósito, cuáles son los criterios de corrección, de éxito o de fracaso, tanto de cada paso como de todo el conjunto, etc. Sólo así podemos conocer la fisiología de la actividad trastornada: caracterizando los procesos fisiológicos que se producen con ella y comparándolos con los que se producen con la actividad equivalente no-trastornada. Pero para hacer esta comparación, necesitamos empezar por asegurarnos de que, cuando estudiamos distintas muestras de una actividad trastornada, los sujetos están realizando efectivamente *la misma actividad*, es decir, una actividad que sigue la misma estrategia y persigue el mismo fin. Tomemos un ejemplo de actividad “trastornada”: una muchacha en extremo delgada que valora su imagen desproporcionadamente ante un espejo. Dependiendo de *dónde* esté el espejo, de *qué momento* sea y de *quién* esté observando, la muchacha puede estar haciendo cosas diferentes. Sin ir más lejos, puede estar admirando su propia fuerza de voluntad con objeto de darse ánimos para seguir ayunando, o puede estar intentando convencer a su madre o a una enfermera de que ha engordado ya para que la dejen tranquila. Siempre hay que partir de una caracterización de la actividad suficientemente detallada como para que se pueda saber que el sujeto A está haciendo lo mismo en el momento 1 y en el momento 2, en el momento 3 y en el momento 4. Que se pueda saber también que el sujeto B está haciendo lo mismo que el sujeto A en el momento 5 y lo mismo en el 6, 7 y 8. Cuanto más vaga sea la descripción de la estrategia, más imprecisos serán los conocimientos acerca de los procesos fisiológicos que la componen. Van Praag (1997) argumenta de forma similar cuando dice que para poder encontrar los correlatos fisiológicos de los trastornos es condición necesaria que su definición (o su diagnóstico) sea precisa. Muy al contrario, algunos trastornos se definen (o se diagnostican) por cumplirse bien unos síntomas o bien otros diferentes de una larga lista. El estudio del correlato fisiológico de un fenómeno definido de forma inexacta no sólo es tremendamente difícil sino también disparatado.

En la investigación fisiológica podemos llegar a identificar pautas comunes a muchos sujetos, pero eso no cierra el asunto. Actividades funcionalmente equivalentes se pueden componer mediante procesos físico-químicos diferentes. Se puede escribir con una prótesis, oír con un implante coclear o conversar con lenguaje de gestos. También esos procesos son biológicos y aunque las herramientas sean insólitas, la actividad es equivalente. Y siguiendo esta línea cabe pensar que un proceso fisiológico poco común puede componerse y componer una actividad común: ocurre de continuo cuando, ante una lesión, un grupo de neuronas cerebrales asume de forma inusual las funciones de sus vecinas muertas. Biológico u orgánico no quiere decir “común” o “general”: Tan orgánico es lo común como lo extraordinario, lo deseable como lo indeseable. Y, en cualquier caso, a la hora de investigarlo, la caracterización de la actividad siempre va por delante.

Si todo lo que hacemos cambia nuestra fisiología, y si nuestra fisiología es parte de las herramientas que hacen posible lo que hacemos, no hay nada definitorio en que un trastorno mental esté acompañado por una alteración fisiológica. No puede ser de otra manera. Esto no nos puede llevar a la conclusión de que el trastorno mental tiene su origen en la alteración con más seguridad que a la conclusión contraria: que la

alteración tiene su origen en las actividades que nos llevan a diagnosticar el trastorno mental (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). Unas veces algo ajeno a la composición fisiológica de nuestra actividad (un veneno, por ejemplo) altera el organismo de modo que enfermamos, pero otras es lo que hacemos para conseguir nuestras metas lo que crea obstáculos porque transforma desfavorablemente nuestros procesos fisiológicos (*vid.*, el concepto de *carga alostática* en Vingerhoets y Perski, 1999).

Todo lo que hacemos altera los procesos fisiológicos, aunque no estemos acostumbrados a pensarlo así. La fisiología con la que uno cuenta en un momento concreto tiene que ver con las actividades que uno ha realizado con anterioridad. El cerebro de una espectadora no será el mismo al salir del cine si ha visto *Tienes un e-mail* o si ha visto *El mito de Bourne*. El cerebro y el resto del organismo se transforman de continuo, aunque más radicalmente con unas actividades que con otras y a unas edades que a otras, y cada transformación puede tanto facilitar como dificultar actividades futuras. El organismo transformado y el medio transformado, en poco o en mucho, son los instrumentos disponibles para las nuevas actividades, de modo que tanto pueden favorecer como dificultar lo que se vaya a hacer después. Algunas de esas transformaciones las podemos llegar a identificar como enfermedades (una cirrosis hepática, una úlcera de estómago...) y a tratarlas eficazmente poniendo entre paréntesis al sujeto, considerándolo un objeto. A veces la puesta entre paréntesis no es tan efectiva y se requiere "cambiar de vida" como parte del tratamiento. Hay muchos más medios para cambiar la fisiología de un organismo que la administración de fármacos o la intervención quirúrgica. "Tiene que cambiar usted sus hábitos" (tomarse un tiempo de descanso a medio día, hacer ejercicio, renunciar a ese trabajo...) es el tímido reconocimiento de ese hecho (*vid.*, Sterling, 2004).

La fisiología de las actividades conjuntas

Por otro lado, las actividades psíquicas de los seres humanos (como ocurre en todas las especies sociales) son sobre todo actividades con otros sujetos. Muchos de nuestros desempeños vitales conllevan no tanto (o no sólo) un conocimiento acerca de los objetos inanimados y de cómo disponerlos y transformarlos (son lo que llamamos procedimientos de *hacer*), sino conocimientos acerca de otros sujetos, puesto que el éxito de lo que hacemos depende de las acciones de otras personas. Son los procedimientos de *hacer hacer* (algo a alguien), *acciones comunicativas*, en las que los resultados de uno dependen de los recursos de otros. Son, en realidad, acciones con dos o más agentes que alcanzan gran complejidad cuando el sujeto no sólo prevé las preferencias, habilidades, experiencias y propósitos del destinatario de la acción comunicativa, sino además su *artificiosidad*, es decir, su capacidad de hacer a su vez esa misma clase de previsiones y, por eso, su capacidad de mentir o engañar (*vid.*, Gómez Fontanil y Coto Ezama, 1988 y 1989). La interacción con otros obliga no sólo a la previsión de las estrategias ajenas, sino a la previsión de la previsión que hace el compañero, o el competidor, de las estrategias propias. Es decir, obliga a manejar, una "imagen de sí mismo para los otros" cuya adecuación decide el éxito o el fracaso de cada interacción. La mayor parte de lo que hacemos los humanos consiste en procedimientos de *hacer*

hacer. No hay exageración en decir que *las actividades psíquicas de los seres humanos son en su mayoría actividades colectivas*, hasta el punto de que también en solitario actuamos con nosotros mismos como si actuásemos con y para otros (Vygotsky, 1979; Goffman, 1959).

Si miramos hacia la fisiología desde este punto, podemos afirmar que las actividades de una persona tendrán repercusiones en sus actividades futuras tanto por los cambios que producen en su propio organismo como por los cambios que producen en los organismos de los sujetos con los que ha interactuado. También, que usar un procedimiento para realizar una tarea nos puede impedir tener éxito al usar otros después, de manera que el intento de realizar un propósito puede acarrear un fracaso en otra meta. Enfadarse y golpear sobre la mesa puede ser eficaz cuando es necesario acabar una tarea inaplazable y se está rendido por el cansancio, aunque ello suele tener como contrapartida el deterioro de la relación con los compañeros de equipo, a los que es mucho más fácil ofender cuando uno se dispone agresivamente. La vida cotidiana tiene una “arquitectura funcional”, y el intento de alcanzar nuevos objetivos con nuevas estrategias puede representar un obstáculo adaptativo tan importante como las anormalidades fisiológicas o los cambios en el medio. Las estrategias nuevas dependen de las ya adquiridas e imponen una limitación económica a los sujetos que interactúan rutinariamente en un colectivo: deben ajustar sus soluciones de manera que no interfieran, o que interfieran lo menos posible, con las estrategias que ya poseen. Si quisiéramos estudiar desde la fisiología esa arquitectura funcional de la vida cotidiana de una persona, tendríamos que examinar la organización no de un solo sistema nervioso sino la de los sistemas nerviosos de varios organismos que interactúan de modo habitual, y en el estudio también tendríamos que incluir procesos inorgánicos (aire, luz, ondas acústicas...) organizados por la acción de los organismos que interactúan y alterados por otros procesos físicos y químicos que no llegan a controlar (ruidos, sombras...).

NORMALIDAD Y DISFUNCIÓN

Recuerda Canguilhem (1971) que “normal” viene de la palabra latina norma, y que la *norma* era el artilugio que permitía evaluar la horizontalidad o la verticalidad de un suelo, una pared o una columna (el equivalente de las reglas con niveles de burbuja o de los niveles láser que usamos en la actualidad). Esa “norma” (el nivel de burbuja o el plomo suspendido de un hilo) suministra un criterio importantísimo para juzgar la viabilidad de una construcción. Lo excesivamente “anormal” complica considerablemente la construcción y la pone en peligro. La columna no aplomada pone en riesgo la estabilidad de lo que se construye apoyándose en ella. “Eso no es normal, se va a caer” expresa bien la idea que creemos que debe tener lo *normal* y lo *anormal* en Psicopatología. Lo anormal es la actividad “mal asentada”, la que compromete la arquitectura funcional de la vida de una persona o de un colectivo de personas. Definimos la anormalidad a partir de “las actividades contrariadas”, *basándonos en los fracasos en vez de en los síntomas*. Si además, como ya hemos visto, las actividades psíquicas no son sólo las de un individuo sino también las conjuntas con otros, tenemos que la anormalidad puede ser tan individual como colectiva.

Desde esta posición podemos proponer un sustituto para el concepto de trastorno mental en los cimientos de la Psicopatología y de la Psicoterapia. Es el concepto de *disfunción*. Definimos disfunción como *la situación en la que se reitera el fracaso de una o varias estrategias a consecuencia del ejercicio de otras estrategias (fracasadas ellas mismas o exitosas)* y entendemos que *las disfunciones son tanto más graves cuantas más actividades de la persona o del colectivo comprometen*. Las disfunciones pueden tener como origen tanto fracasos sistemáticos en actividades “modulares” que no han logrado acomodarse a condiciones de vida cambiantes, como fracasos en actividades nuevas para las que no se ha construido aún una estrategia eficaz. Y también pueden tener su origen en *conflictos*:

(...) Un conflicto existe cuando ocurren actividades incompatibles. Una actividad incompatible impide o interfiere con la ocurrencia o efectividad de una segunda actividad. Estas actividades pueden tener su origen en una persona, entre dos o más personas o entre dos o más grupos (Deutsch, 1973).

El riesgo de la anormalidad, es decir, de la actividad fallida o “mal asentada”, es el fracaso no sólo de una actividad en concreto sino la de la “arquitectura funcional” de la vida de las personas. Es a esto a lo que llamamos *disfunción*.

El principio fundamental de nuestra propuesta es que la Psicopatología y la Psicoterapia no se ocupan de síntomas, sino de fracasos. Pero también partimos de que las personas no permanecen indiferentes ante el fracaso y que actúan para evitarlo. En consecuencia, en la génesis de todo problema psicopatológico siempre se encuentran dos clases de estrategias: (1) las que dan lugar a los fracasos iniciales y (2) las estrategias correctoras que se emprenden para intentar paliar las consecuencias de las primeras. Muchas de esas estrategias correctoras se organizan como acciones comunicativas, como estrategias de hacer hacer a otros sujetos o a uno mismo. Ni que decir tiene que algunas de esas acciones correctoras se pueden convertir en motivos de queja para otras personas y para uno mismo, de modo que dan lugar a que se emprendan nuevas acciones correctoras, etc. Esta idea de “malla de problemas” de la que forman parte los intentos de solución no es nueva. Frankl (1956) llama la atención sobre el círculo vicioso “neurótico”, que no resulta de lo que funciona mal, sino del exceso de atención y de reflexión sobre lo que nos disgusta o no funciona. Una de las asunciones de la llamada “terapia estratégica” del *Mental Research Institute* es que los problemas están constituidos mayormente por soluciones intentadas y fallidas, que se incorporan al problema empeorándolo o cronificándolo (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976). La idea está incluida también en el concepto de “evitación experiencial”, un patrón de evitación de pensamientos y emociones aversivos que lejos de librarnos del malestar, consigue más bien que el problema se extienda (Luciano y Hayes, 2001).

El concepto de *disfunción* ofrece muchas ventajas. Mientras que para diagnosticar en base a los DSM o C.I.E. se debe apelar a criterios de valor que no necesariamente coinciden con los de las personas que se quejan (o de las que se quejan), el “diagnóstico” de una disfunción se hace examinando las valoraciones que hacen los propios consultantes de las consecuencias de sus acciones. El fracaso genera las disfunciones porque los resultados de lo que los sujetos hacen no les resultan tolerables. No es

necesario acudir a ningún consenso de profesionales para decidir si una actividad es disfuncional o no. Lo que la hace disfuncional es que interfiere de manera cada vez más amplia con otras actividades que un sujeto o sus otros significativos desarrollan. Las disfunciones no pueden aislarse de las actividades de una comunidad de actores ni tampoco de la cultura que esos actores producen y reproducen. No pueden desligarse de los problemas previstos por una comunidad y de las soluciones preferidas por la cultura de esa comunidad. Que ciertos sucesos sean calificados como intolerables tiene que ver con las preferencias que las personas tienen por ciertos estados de cosas. Tiene que ver con las metas que cada sujeto intenta alcanzar: calificaciones escolares, muestras de cariño, respeto, admiración, caricias, regalos, dinero, sonrisas, etcétera. Que un suceso sea aceptable o no viene marcado por un sistema de preferencias personal, familiar y cultural. Es la tradición de una comunidad, un grupo, una línea familiar o una familia, la que, al mismo tiempo que lega los valores, marca las tareas y proporciona los procedimientos que las personas tienen que reconstruir para resolverlas. La cultura consiste en los procedimientos y valores que son reconstruidos regularmente por los individuos en el curso de su interacción con los integrantes de su comunidad, y con ella están hechas las disfunciones.

Quejas y trastornos

Siguiendo a De Shazer (1990), muchas psicoterapeutas hemos abandonado el concepto de *síntoma* y lo hemos sustituido por el concepto de *queja* (figura 1). Lo mismo que el síntoma, la queja nos remite también a los juicios de su emisor y a sus valoraciones, pero tiene la ventaja de que se deja ver como acción comunicativa, como intento de hacer hacer: una queja es algo que se dice a alguien para que ayude a cambiar algo que va mal. Desde la queja se puede hacer el recorrido clasificatorio diseñado por la C.I.E. o por el DSM (recorrido psiquiátrico-nosológico, figura 2) tomando algunos de los acontecimientos relatados por las personas que se quejan como síntomas reveladores de la existencia de algo que, *de manera no intencional*, produce los fenómenos que el consultante ha observado (Eco, 1977). Y la ocurrencia conjunta de varios síntomas llevará a que se termine por identificar un *trastorno mental* en particular como el proceso causante de los motivos de queja. Después de eso llegará el tratamiento ajustado al trastorno, que será tan homogenizado y homogenizador como el diagnóstico. Siguiendo este recorrido, si se detectan síntomas nuevos, no previstos para el trastorno identificado, el diagnóstico quedará invalidado, pero, curiosamente, la persistencia de los motivos de queja no lo invalida. Es decir, el hecho de que el problema persista a pesar de haber aplicado el tratamiento adecuado no hace pensar que el diagnóstico fuera equivocado.

Partiendo de la queja (que no del síntoma) se puede hacer un recorrido muy distinto que llamaremos *estratégico* (figura 3). En lugar de desechar parte de la información que se da en la queja, y empobrecer con ello el relato original del consultante, se puede utilizar la queja como canal que nos conduce a las escenas de la vida real en las que, casi siempre de manera rutinaria, se producen los acontecimientos indeseados. Una vez situados en escena, es decir, en el relato concreto de una situación que el consultante ha vivido, se trata de explorar dentro de ella lo que cada una de las

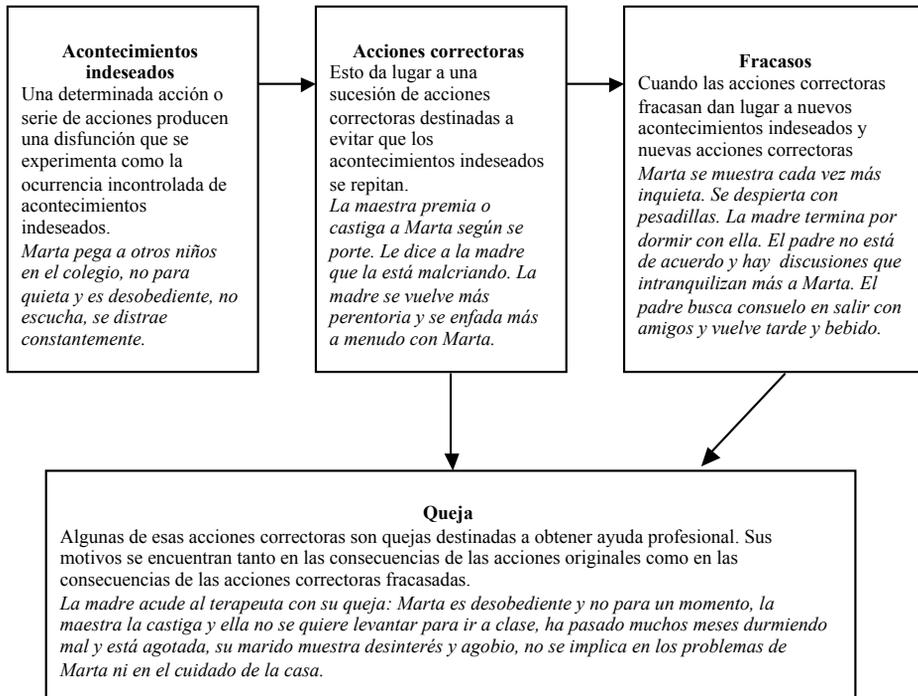


Figura 1. El ciclo de la queja.

participantes ha hecho, qué ha pretendiendo conseguir con sus acciones (sus metas), y qué derechos y obligaciones invoca para hacerlo. Cuando se ha dado con las metas de los participantes, el siguiente paso es enunciar la disfunción en forma de *problema*, es decir, como la *ausencia de procedimientos eficaces para conseguirlas*. A partir de aquí se buscan alternativas, procedimientos más o menos novedosos que puedan conducir a esas metas sin interferir en otros procesos importantes, y se ponen en práctica. Una diferencia fundamental entre los dos recorridos que hemos explicado es que, en este último, el “diagnóstico” (la caracterización de la disfunción) *sí* quedará invalidado si las alternativas de acción propuestas no consiguen que los motivos de queja desaparezcan. En ese caso habrá que elaborar otra hipótesis, reconstruir de nuevo la disfunción y los problemas, y proponer nuevas alternativas de acción.

En este contexto, el uso del término *consultante*, en vez de *paciente*, alcanza toda su coherencia, porque los instrumentos de un psicoterapeuta nunca logran información “objetiva”. Es decir, una que sea independiente de lo que los sujetos prefieren y buscan cuando la psicoterapeuta interviene o investiga. Es más, en realidad, a cualquier conocimiento psicológico se llega sólo a través de una interacción, en sentido estricto. En sentido estricto porque, en contra de la habitual prosopopeya, ni las variables ni el medio interactúan: sólo los sujetos psicológicos lo hacen. Se conoce un proceso psicológico cuando puede ser instaurado o cambiado de manera predecible con procedimientos psicológicos. Es decir, con procedimientos cuyas consecuencias dependen de las percepciones, competencias y propósitos del organismo con el que se interactúa.

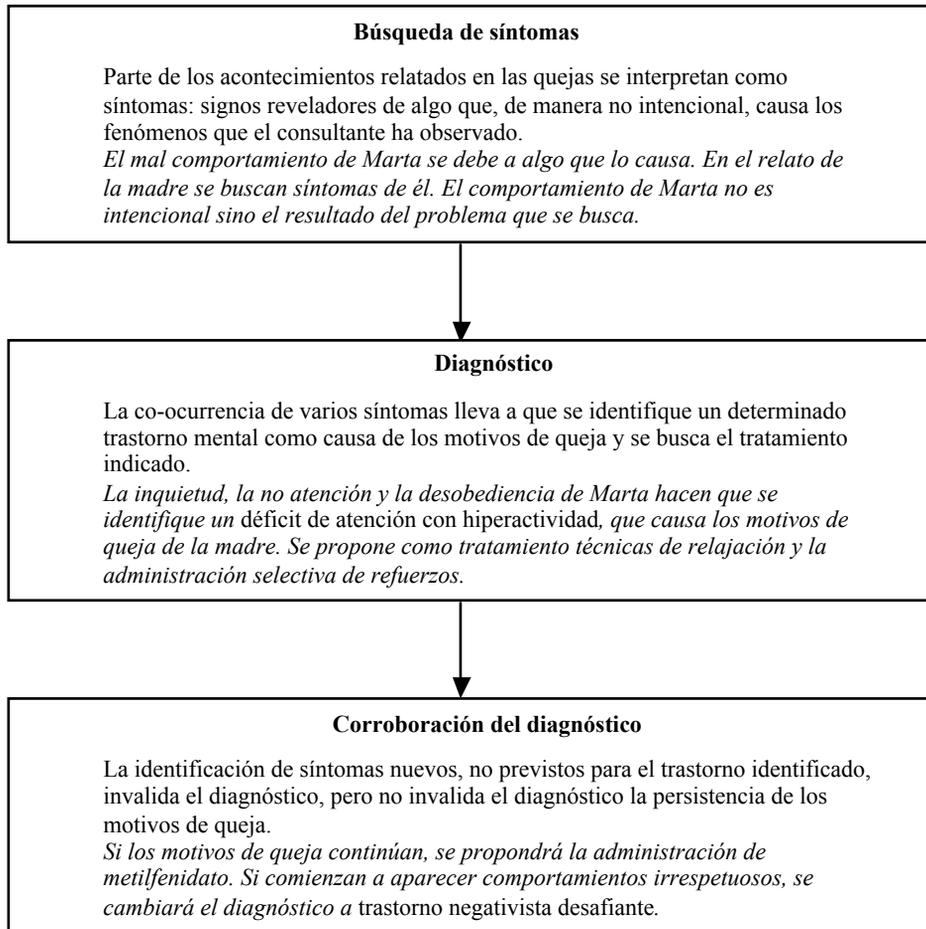


Figura 2. El recorrido clasificatorio psiquiátrico-gnoseológico.

¿Tiene sentido clasificar las disfunciones?

La pretendida utilidad del diagnóstico psiquiátrico-nosológico es que conduce con rapidez y economía a la elección de un tratamiento adecuado. Esta seductora simplicidad nos anima a emular a los DSM y C.I.E. en la clasificación de las disfunciones; pero los intentos que hemos hecho no llevan hasta categorías que se puedan enunciar con un máximo de cuatro palabras, como ocurre con los diagnósticos al uso. Hemos explorado dos posibles criterios generales de clasificación que se exponen a continuación.

En primer lugar, *atender a cómo se revelan las disfunciones*. Es decir, atender a las quejas y clasificar lo que dicen las personas que consultan para dar cuenta de su malestar, por ejemplo, “no puedo dormir desde que me han echado del trabajo” o “estoy triste porque nadie me hace caso”. Aquí caben a su vez dos posibilidades:

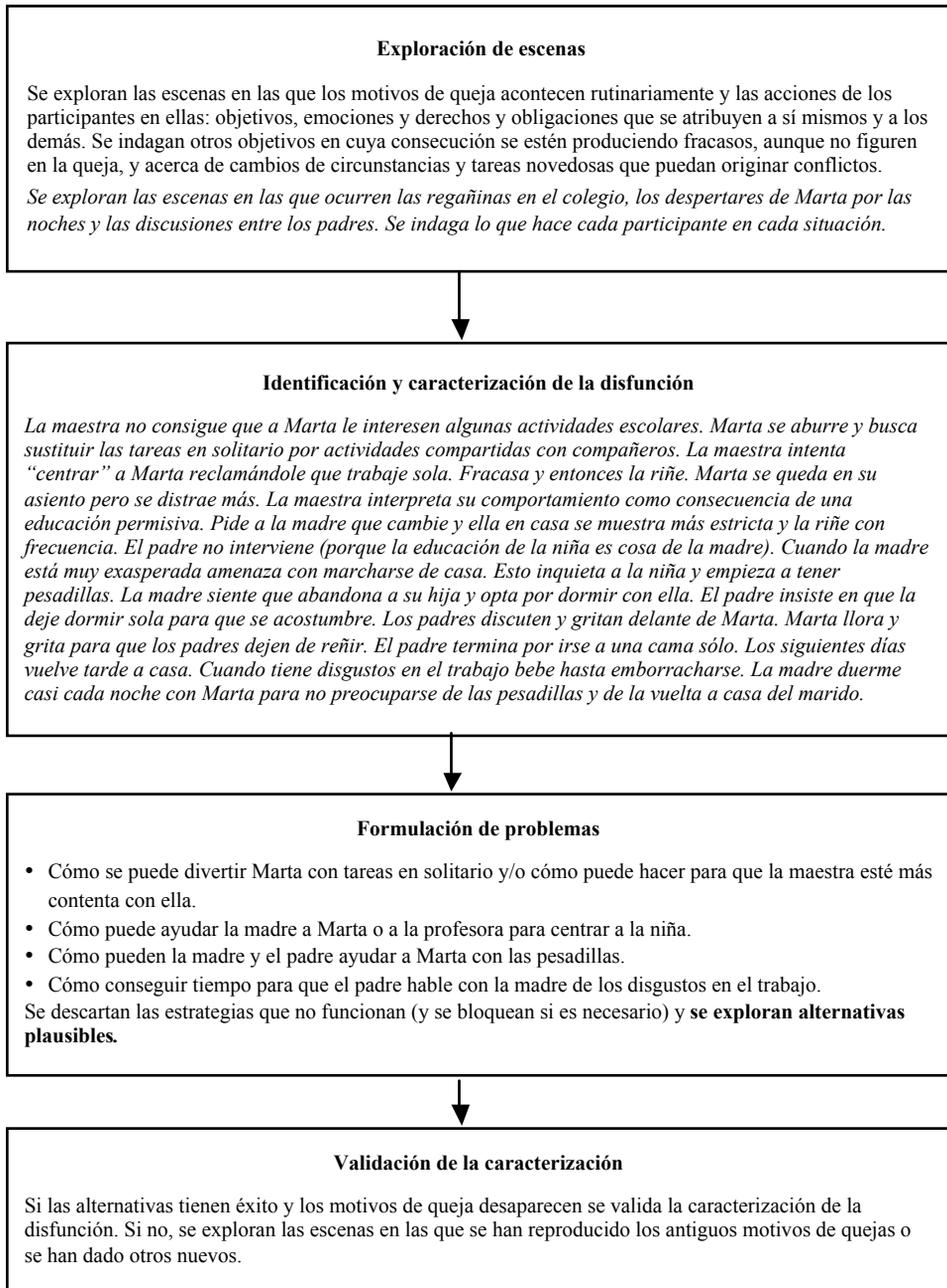


Figura 3. El recorrido clasificatorio estratégico.

Supuesto A: Que a cada fracaso le corresponda una queja distinta. En ese caso, la probabilidad de que dos sujetos coincidan en las mismas manifestaciones de malestar dependería de la complejidad de sus estrategias: a mayor complejidad, menor probabilidad de coincidencia en el fracaso y más categorías generaríamos. Todas las quejas serían diferentes, una por cada configuración de fracasos. Habría tantas categorías como casos, lo que resultaría en la antítesis de la simplicidad de las clasificaciones convencionales.

Supuesto B: Que el número de quejas o manifestaciones de malestar esté restringido cultural y/o fisiológicamente, y que varios fracasos distintos puedan coincidir en una misma queja. Según este supuesto las personas se quejarán de forma parecida por fracasos o configuraciones de fracasos distintas. Por ejemplo: diremos “estoy deprimido”, tanto si nos entristecemos por no poder revivir la proximidad de un ser querido como si nos desanimamos cuando se nos critica y relega en el trabajo. En este caso, fracasos muy diferentes parecerán ser el mismo y la descripción de los seres humanos como sujetos psicológicos, obtenida a través de la clasificación, será muy simplista, porque al clasificar dejaríamos de lado lo que nos está pasando (“estoy enferma y ella no me llama” o “me ningunean en el trabajo”). No obstante, si entendemos que las quejas son actividades compensatorias de carácter estratégico, o sea, acciones que pretenden cambiar aquello que nos hace sentir mal, entonces la clasificación de las quejas bajo este supuesto nos puede proporcionar una buena base para estudiar los intentos de corrección más probables dentro de una determinada comunidad. No estaríamos clasificando disfunciones, pero sí parte de los intentos de solución habituales en una cultura o microcultura sostenidos por tradiciones y modas diversos (“deprimirse”, “angustiar”, “rayarse”, “ponerse histérico”, “tomárselo todo a risa”, “tener ataques de pánico”, “oír voces” o “tomárselo todo a mal”).

En segundo lugar, se puede *atender a las estrategias en las que se produce el fracaso* en lugar de a las quejas. Es decir, atender a aquello que las personas están haciendo: atender a la “arquitectura” de la disfunción. Aquí cabrían también dos procedimientos clasificatorios diferentes:

A. *Identificar las estrategias y compararlas con un “modelo”*, es decir, con estrategias comprobadamente exitosas. De este modo, el estudio de las actividades psíquicas desafortunadas complementaría el estudio de las actividades psíquicas afortunadas, porque saber cómo fallan también dice algo de cómo aciertan (Gómez Fontanil y Coto Ezama, 1989). Las estrategias modélicas (las “normales”) serían útiles tanto para describir las disfunciones psíquicas como para diseñar intervenciones terapéuticas, porque, a modo de mapa, permitirían distinguir los pasos a instaurar o reinstaurar. Pero la dificultad viene de que muchas situaciones disfuncionales envuelven combinaciones de estrategias muy variadas. Una estrategia modelo de cómo divertirse con una tarea escolar obligatoria resultará insuficiente como guía cuando el trabajo aburrido se ha de hacer en el marco de una permanente competición con el hermano al que toda la familia considera superior por ser chico, mientras que tu madre te anima a estudiar mucho para no acabar de ama de casa como ella... A la postre una clasificación en torno a las estrategias “modelo” se parece más a una clasificación de géneros literarios, en los que determinadas figuras se repiten con variaciones más o menos importantes, que a una clasificación botánica: ofrece información útil (esto es una novela negra y la otra lo es de ciencia ficción), pero de ninguna manera puede sustituir la lectura de la obra (tal y como lo proponen los C.I.E. y DSM, que hacen innecesaria toda esa cháchara con la que los pacientes poco instruidos pretenden contarte su vida).

B. *Identificar estrategias que pueden acarrear disfunciones con mucha seguridad.* Cuando nos enfrentamos a la trama de la vida de nuestros consultantes, podemos reconocer similitudes en metas, en situaciones, en dificultades y en estrategias; pero las combinaciones casi nunca son las mismas. Adivinamos el entramado de una disfunción como quien adivina lo que viene en el siguiente giro de un relato. Hay relatos muy previsibles y los hay más sorprendentes; pero lo cierto es que, ante determinadas tareas del ciclo vital, algunas opciones parecen conllevar disfunciones con una probabilidad notablemente más alta que otras. Muchos autores han dedicado esfuerzos a identificar ese tipo de estrategias, desde determinadas prácticas de crianza (insensibles, inconsistentes, descalificadoras, negligentes o agresivas) (Blehar, Lieberman y Ainsworth, 1977; Perry *et al.*, 1995) hasta ciertas estrategias de afrontamiento, como la evitación experiencial (Hayes *et al.*, 1996; Luciano y Hayes, 2001) o la hiperreflexividad (Sass, 2003; Pérez Álvarez, 2008), pasando por estrategias comunicativas como la ironía no reconocida, la desviación comunicacional (Wynne *et al.*, 1977; Doane *et al.*, 1982), el doble vínculo (Bateson *et al.*, 1956; Sluzki y Veron, 1971) o la instigación (Selvini Palazzoli *et al.*, 1990). No siempre estas “estrategias peligrosas” ocasionan la reiteración de fracasos acumulativos que llamamos disfunción, pero a efectos de clasificar la psicopatología se trata de comprobar si la arquitectura de la disfunción se está sustentando sobre el ejercicio de estrategias peligrosas conocidas, independientemente de las manifestaciones de malestar de los participantes (las quejas).

Estas alternativas pueden permitir construir la tipología de disfunciones a la que aspiramos y el procedimiento de identificación de lo que es necesario cambiar. En lugar de ir desde la tipificación de la queja a la identificación de la disfunción (el recorrido que nos propone el DSM) el viaje se debe hacer desde la identificación de las estrategias a la caracterización de la disfunción, es decir, de las estrategias a los conflictos que esas estrategias conllevan. En ocasiones, no pocas, contamos con un modelo de actividad normal. Tenemos la referencia de lo que han hecho otras personas en situaciones semejantes para resolver con éxito los problemas que ha originado una disfunción parecida. Pero esto no ocurre en otros muchos casos. También podemos predecir qué confluencia de estrategias llevará con más o menos certeza a un fracaso acumulativo o qué estrategias resultarán peligrosas en determinados contextos con ciertos objetivos; pero la vida nos sorprende muchas veces, es más compleja de lo que parece y mucho más de lo que quisiéramos cuando nos atrapan nuestras propias decisiones. Por eso en una Psicopatología como la que proponemos, la de las disfunciones, la evaluación genera hipótesis, no certezas. Hipótesis cuya verosimilitud se confirma en la medida en que lleven a predecir y/o acabar con los fracasos sistemáticos de las personas que se quejan. La evaluación de las disfunciones es entonces el fruto de la resolución conjunta de los problemas adaptativos de los consultantes, cuando la caracterización de los fracasos culmina con el hallazgo de una solución eficaz y puede ser confirmada la funcionalidad de las nuevas estrategias.

CONCLUSIÓN

Comenzamos este trabajo oponiéndonos a la concepción que subyace al uso del término “paciente” en psicoterapia y recogiendo la confusión acerca de su objeto de trabajo. Hemos propuesto la utilización de los términos *consultante* y *protagonista de la*

queja y hemos descartado los términos “*enfermedad mental*”, porque en la concepción habitual de las enfermedades el sujeto desaparece para poder ser tratado como aparato averiado, y “*trastorno mental*” porque en el mismo camino nos pone la concepción de trastorno que proponen el DSM y la C.I.E. Hemos tanteado las inconsistencias de la visión dualista (lo físico y lo mental) y reduccionista (todo lo mental es bioquímica) y hemos establecido el carácter orgánico de todas las actividades de las personas tanto de las deseables como de las indeseables. También hemos apuntado lo absurdo de la oposición entre psicoterapia y terapia biológica, porque cuando la psicoterapia lleva a una forma diferente de actuar también cambia notablemente la fisiología cerebral. Hemos propuesto luego un término que, teniendo menos connotaciones médicas que “trastorno mental”, nos permite devolver a las personas que sufren el carácter de agentes. Un concepto que se asienta en las metas, preferencias y conocimientos de los sujetos, que da cuenta de sus esfuerzos por transformar y predecir el mundo y que recoge el uso de uno de los recursos fundamentales de los seres humanos: su capacidad de *hacer hacer* a otros organismos. Ese concepto, *disfunción*, lo hemos definido como: *Situación en la que se reitera el fracaso de una o varias estrategias a consecuencia del ejercicio de otras estrategias (fracasadas ellas mismas o exitosas) y que es tanto más grave cuanto más actividades de una persona o un colectivo de personas compromete. Y añadimos que las disfunciones pueden tener como origen tanto fracasos sistemáticos en actividades modulares que no se han podido acomodar a condiciones de vida cambiantes, como fracasos en tareas nuevas para las que no se ha construido aún una estrategia eficaz, como conflictos (incompatibilidad entre actividades de una o varias personas).* A continuación hemos hecho de las *quejas* el eslabón de una cadena con el que se comienza y se decide la terapia. Pero, como las *quejas* no dan cuenta necesariamente de las acciones en las que consiste la *disfunción* (es decir, de las acciones que no evitan o que dan lugar a los motivos de *queja*), hemos señalado la necesidad de interesarse por escenas concretas a la hora de entender las disfunciones y resolverlas (podríamos decir lo mismo de ocasionarlas), porque es en lo concreto donde se produce el fracaso o el conflicto. Por último hemos llegado a la conclusión de que una clasificación de disfunciones va a tener más parecido con una tipología de géneros literarios que con una taxonomía zoológica o botánica y que una pura clasificación de *quejas* (algo mucho más parecido a los DSM, o tal vez a las clasificaciones que se logran a partir del *Child Behavior Checklist* de Achenbach, 1991) puede informarnos acerca de los intentos de solución imperantes en un determinado colectivo pero no acerca del camino a emprender para ayudar a resolver la *disfunción*.

REFERENCIAS

- Achenbach TM (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 14-18 and the 1991 profile*. Burlington: University of Vermont.
- Alcocer Urueta R (2005). *Fundamentos biosocioconstructivistas del conocimiento: Hacia una psicología interpretativa*. Tesis de licenciatura. Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de las Américas Puebla.
- Alexander F (1950). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York: Norton.

- Alonso Y (2004). The biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53, 239-244.
- Alonso Y (2009). ¿Qué ha pasado con el modelo biopsicosocial en la investigación médica? *Jano*, 1730, 37-40.
- Alonso Y y López Ríos F (2002). Trastornos psicósomáticos. En AJ Cangas (Ed.), *Manual de psicología clínica y general. Vol. 2. Psicopatología*. Granada: Alborán.
- American Psychiatric Association (2004). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Bateson G, Jackson D, Haley J y Weakland J (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioural Science*, 1, 251-254.
- Bentall RP (1998). Why there will never be a convincing theory of schizophrenia. En S Rose (Ed.), *From Brains to Consciousness? Essays on the New Sciences of the Mind*. London: Penguin.
- Bentall RP, Baker G y Havers S (1991). Reality monitoring and psychotic hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 213-222.
- Bentall RP (2006). Renunciar al concepto de esquizofrenia. Psicología cognitiva de las alucinaciones y los delirios. En J Read, LR Moshier y RP Bentall (Eds.), *Modelos de locura* (pp. 137-253). Barcelona: Herder.
- Beyebach M (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Blech J (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- Blehar MC, Lieberman AF y Ainsworth MDS (1977). Early face-to-face interaction and its relation to later infant-mother attachment. *Child Development*, 48, 182-194.
- Boscolo L y Bertrando P (1996). *Systemic Therapy with Individuals*. London: Karnac.
- Bunge M (1980). *El problema mente-cerebro. Un enfoque psicobiológico*. Madrid: Tecnos.
- Canguilhem G (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Castilla del Pino C (1980). *Introducción a la psiquiatría*. Madrid: Alianza.
- De Shazer S (1990). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Dennett D (2004). *La evolución de la libertad*. Barcelona: Paidós.
- Deutsch M (1973). *The Resolution of Conflict: Constructive and Destructive Processes*. New Haven: Yale University Press.
- Doane JA, Jones JE, Fisher L, Ritzler B, Singer MT y Wynne LC (1982). Parental communication deviance as a predictor of competence in children at risk for adult psychiatric disorder. *Family Process*, 21, 211-223.
- Eco U (1977). *Tratado de semiótica general*. Barcelona: Lumen.
- Engel GL (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fernández Rodríguez TR y López Ramírez M (1990). Adaptación, cognición y límites biológicos del aprendizaje. En L Aguado Aguilar (Ed.), *Cognición comparada. Estudios experimentales sobre la mente animal* (pp. 85-111). Madrid: Alianza.
- Fernández Rodríguez TR (1988). Conducta y evolución: historia y marco de un problema. *Anuario de Psicología*, 39, 99-137.
- Fernández TR, Sánchez JC, Aivar P y Loredó JC (2003). Representación y significado en psicología cognitiva: una reflexión constructiva. *Estudios de Psicología*, 24, 5-32.
- Frankl VE (1956/1992). *Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y el análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Goffman E (1959/1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez Fontanil Y y Coto Ezama E (1986). Palabras impertinentes. Contra el concepto de enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19, 587-594.
- Gómez Fontanil Y y Coto Ezama E (1988). Psicopatología y desemiotización del discurso. *Actas del II Simposio Internacional de Semiótica* (pp. 217-227). Oviedo: Servicio de Publicaciones de la

- Universidad de Oviedo.
- Gómez Fontanil Y y Coto Ezama E (1989). *Delimitación conceptual de la Psicopatología*. Manuscrito no publicado. Universidad de Oviedo.
- González Pardo H y Pérez Álvarez M (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM y Strosahl K. (1996). **Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.
- Jackson D (1957). The question of family homeostasis. *The Psychiatric Quarterly Supplement, 31*, 79-90.
- Kaye K (1986). *La vida mental y social del bebé. Cómo los padres crean personas*. Barcelona: Paidós.
- Loredo Narciandi JC (2005). Acerca de las tecnologías psicológicas. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, Noviembre-Diciembre*, 1-37.
- Luciano MC y Hayes SC (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 109-157.
- Mosher LR, Gosden R y Beder S (2006). Las empresas farmacéuticas y la esquizofrenia. En J Read, LR Mosher y RP Bentall (Eds.), *Modelos de locura* (pp. 141-161). Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Pérez-Alvarez M (2008). Hyperreflexivity as a condition of mental disorder: A clinical and historical perspective. *Psicothema, 20*, 181-187.
- Perry BD, Pollard R, Blakely T, Baker W y Vigilante D (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and “use-dependent” development of the brain: how “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal, 16 (4)*, 271-291.
- Popper K y Eccles JC (1980). *El yo y su cerebro*. Barcelona: Labor.
- Sass LA (2003). “Negative symptoms”, schizophrenia and the self. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*, 153-180.
- Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M y Sorrentino AM (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*, Barcelona: Paidós.
- Sluzki CE y Veron E (1971). The double bind as an universal pathogenic situation. *Family Process, 10*, 397-410.
- Sterling P (2004). Principles of allostasis: Optimal design, predictive regulation, pathophysiology and rational therapeutics. En J Schulkin (Ed.), *Allostasis, Homeostasis, and the Costs of Adaptation* (pp. 17-64). Cambridge: Cambridge University Press.
- Van Praag HM (1997). Over the mainstream: Diagnostic requirements for biological psychiatric research. *Psychiatry Research, 72*, 201-212.
- Vingerhoets AJJM y Perski A (1999). The Psychobiology of Stress. En A Kaptein, A Appels y K Orth-Gomer (Eds.), *Psychology in Medicine* (pp. 34-49). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vygotski L (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.
- Watzlawick P, Weakland JH y Fisch R. (1976). *Cambio. Formación y solución de problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weiss T y Haertel-Weiss G (1991). *Familientherapie ohne Familie. Kurztherapien mit Einzelpatienten*. Munich: Piper.
- Wynne LC, Singer MT, Bartklo J y Toohey ML (1977). Schizophrenics and their families: Research on parental communications. En JM Tanner (Ed.), *Developments in psychiatric research* (pp. 254-284). London: Hodder & Stoughton.

Recibido, 4 Marzo, 2009
Aceptación final, December, 2009

5. Discusión de resultados

5. Discusión de resultados

Cuando Norcross (2011) expone las conclusiones de las divisiones 12 y 29 de la APA sobre las relaciones terapéuticas (*Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships*) subraya que esas relaciones contribuyen de forma sustancial y consistente a los resultados de la psicoterapia, independientemente del tipo de tratamiento utilizado, y que explican la mejoría de los consultantes incluso en mayor medida que el método de tratamiento utilizado. Anima entonces a los terapeutas a promover relaciones que estén caracterizadas por los elementos que han mostrado su efectividad: la alianza terapéutica, la empatía, tener en cuenta el feedback de los consultantes, el consenso sobre las metas de la terapia, la colaboración y la “mirada positiva” hacia los consultantes. Propone además que los terapeutas monitoricen la evaluación de los consultantes de la relación terapéutica y de los resultados del tratamiento, con el fin de que aumenten las oportunidades de restablecer la colaboración, mejorar la relación, modificar las técnicas y evitar un abandono prematuro, si las relaciones se deterioran.

Sin duda el equipo de trabajo de la APA ha dejado huella en el campo de la investigación y la práctica de la psicoterapia. Se puede ver en las publicaciones que en el 2011 y 2012 han recogido los esfuerzos de contribuidores de distintas tradiciones terapéuticas para centrar cada tema y señalar los elementos que se han demostrado eficaces. Desde artículos sueltos a números completos de revistas de psicología clínica, nos han llegado los significados que se dan a términos como “colaboración”, “consenso en metas” o “alianza terapéutica” en las corrientes conductuales, cognitivas, psicodinámicas o sistémicas (Dattilio y Hanna, 2012; Elliott, Bohart, Watson, Greenberg, 2011; Escudero, Boogmans, Loots, Friedlander, 2012; Felder, Dimidjian, y Segal, 2012; Friedlander, Escudero, Heatherington, y Diamond, 2011; Hontoria, Tuerk, McCart, y Henggeler, 2012; Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011; Lambert y Cattani, 2012; Tryon, y Winograd, 2011; Wiseman, Tishby, y Barber, 2012). La defensa del uso de instrumentos de evaluación que proporcione información a terapeutas y consultantes sobre lo que sucede sesión a sesión se ha hecho bastante común a todas las corriente

porque la investigación realizada sobre su impacto en la efectividad y eficiencia de la terapia está bastante asentada (Harmon, Lambert, Smart, Hawkins, Nielsen, Slade y Lutz, 2007; Hawkins, Lambert, Vermeersch, Slade, Tuttle, 2004; Lambert Whipple, Smart, Vermeersch, Nielsen, y Hawkins, 2001; Lambert, Whipple, Bishop, Vermeersch, Gray, y Finch, 2002; Lambert y Shimokawa, 2011; Lambert y Cattani, 2012; Shimokawa, Lambert, y Smart, 2010; Whipple, Lambert, Vermeersch, Smart, Nielsen y Hawkins, 2003). Lambert y Cattani (2012), por ejemplo, exploran el efecto que la monitorización de los progresos de los consultantes tiene sobre la efectividad de la psicoterapia y, cuando se centran en las investigaciones realizadas con instrumentos de evaluación para la psicoterapia en marcha, sesión a sesión, comentan el trabajo desarrollado por el equipo Miller, Duncan y asociados con el Partners for Change Outcome Management System (PCOMS; Miller, Duncan, Sorrell, y Brown, 2005) que ya se ha descrito. El uso del seguimiento de los resultados y de la alianza terapéutica en cada sesión tiene efectos positivos en los resultados de los consultantes, concluyen. Los artículos que hemos presentado en los anteriores capítulos parecen tener su cauce en esta cuenca tan amplia y ramificada. Veremos ahora hacia dónde nos han dirigido.

5.1. Exploración sobre las etapas delegadas en la búsqueda de soluciones

Los resultados de este trabajo nos dejaron la idea de que se podía elaborar una lista de los tipos de ayuda que buscan los consultantes en las sesiones de psicoterapia a partir del esquema de los pasos de una estrategia prototípica de solución de problemas (fig. 1). La ayuda más buscada resultó ser tener guías para actuar, pero también resultó que construir explicaciones acerca de la reiteración de los motivos de queja era una ayuda frecuentemente buscada. De ahí concluimos que si las terapeutas nos centrásemos exclusivamente en las actuaciones que las consultantes pueden emprender para lograr cambios deseables en sus vidas dejaríamos insatisfechas expectativas frecuentes.

El análisis de los elementos añadidos por los participantes para dar cuenta de ayudas

que no se habían incluido en la lista, nos obligó a tener que distinguir entre “metas” que las consultantes desean que ocurran y “clases de ayuda” no incluidas. En este trabajo, lo que al cabo del tiempo terminamos viendo como *metas de vida* (objetivos de cambio que remiten a escenas en las que la terapeuta no participa como “llevar mejor la relación con mi marido” o “enfadarme menos”, por ejemplo) se separó de los deseos del consultante de obtener cierta clase de aportaciones de la terapeuta. Usando una metáfora incluida en el artículo: tuvimos que distinguir entre metas del estilo de “tener la viga bien sujeta al pilar” y metas del estilo de “que me den herramientas adecuadas para hacerlo” o “que me enseñen como lograrlo con las herramientas que tengo”. El segundo tipo de metas es el que asimilamos luego a las tareas terapéuticas, entendiéndolas como “construcción de conocimientos de cierta clase”. Con una distinción todavía rudimentaria, las repuestas de las cincuenta y una participantes del primer estudio sacaron a la luz cuatro tipos de ayuda no previstos en el listado inicial. Los añadidos encontraron, no obstante, muy buen acomodo en el esquema de la estrategia prototípica de solución de problemas; pero algunas opciones de la lista poco seleccionadas parecieron fuera de lugar en la lista ampliada y terminamos por ubicarlas en otros apartados de la relación terapéutica: el apartado de vínculo, concretamente.

En el trabajo se abordó además otra cuestión de fondo ¿Los consultantes se hacen una idea, antes de llegar a la terapia, de lo que quieren aprender, descubrir o aclarar? ¿Van a terapia pensando en qué quieren aprender para intervenir de otra manera en su día a día? Al empezar la investigación pensábamos que no. No creíamos, ni creemos aún, que sea una reflexión que los consultantes se hagan con frecuencia. Pero al intentar responder a la petición que la terapeuta les hace, con la lista delante, terminan pensando en qué es lo que quieren. Las preguntas del cuestionario son herramientas para que las consultantes puedan producir algo que no han producido antes: instrucciones y evaluaciones que sin las preguntas es muy improbable que existiesen. Claro que, porque se les ha dado la herramienta y porque la han usado, los consultantes también producen algo imprevisto y buscan cosas en las que las terapeutas no pensaron (“ayuda para valorar los pasos que he dado”, por ejemplo) y de ese modo se va construyendo un

artefacto. Lo que encontramos en la investigación no es lo que los consultantes quieren de nosotros cuando entran por la puerta de la sala de terapia por primera vez, sino lo que los consultantes llegan a querer de nosotros porque les preguntamos si quieren algo del tipo A, B, C o D y entonces algunos nos dicen que quieren algo del tipo F o G o H o I. Y claro, hechas las preguntas, la sesión debe ocuparse de dar esas ayudas para que resulte bien. Más aún, “resultar bien” adquiere matices: obtener ayuda aparece como algo distinto de estar satisfecho e, incluso, obtener ayuda “para saber cómo hacer para que las cosas cambien” se puede separar de “obtener ayuda para saber qué tiene de positivo y de negativo la situación”, etc.

Convertir el instrumento de una investigación puntual en una herramienta terapéutica es bastante lógico, una vez se llega a la conclusión de que el instrumento, a la vez que evalúa, transforma. Transformaría aunque los consultantes ignorasen las preguntas que se hace el terapeuta acerca de la agenda de los primeros, porque el terapeuta comienza a actuar de otra forma, pero, ¿por qué no hacer que sirva también para proponer un consenso? ¿Por qué no usar el instrumento como elemento de definición del contrato terapéutico? La dificultad que nos llevó a dar ese giro, la de que los terapeutas recordasen mal lo que habían ido identificando a lo largo de la reunión, era una dificultad menor. Algo que se habría solventado con un poco de entrenamiento. Sin embargo, resolver la dificultad con unas hojas de planificación de la sesión que responden los consultantes y ven los terapeutas proporciona una ventaja extra: darle información a los consultantes acerca de lo que la terapeuta está dispuesta a hacer por los consultantes. Y la ventaja de proporcionar esa información es que el guión de las consultas médicas, el esquema de las relaciones médico-paciente, “de sentido común” en nuestra sociedad no se refrenda inadvertidamente dando lugar a malentendidos con terapeutas que no realizan su labor como lo hacen habitualmente los médicos.

Enmarcados por el instrumento de trabajo, la hipótesis de que cuanto más se ajustan las intervenciones del equipo terapéutico a las expectativas de los consultantes más ayuda percibirían éstas encontró apoyos. Pero, también se hizo patente que haber tratado los

temas de la agenda de los consultantes no garantiza haberlos tratado bien. Usando ya la metáfora de la terapia como suministradora de herramientas, pensamos que al igual que no vale con acercarle un martillo a quien busca un instrumento para anclar una viga con clavos, no vale con proponer cualquier actuación como herramienta para cambiar una situación. Para que la operaria decida usarlo, el instrumento que se ofrece debe parecerle utilizable y debe tener la forma y el peso adecuados. Pero todavía falta que, ya fuera de la tienda, pueda comenzar a emplearlo eficazmente, persistiendo en practicar con él el tiempo necesario y, finalmente, que cuando lo use, los clavos y la disposición de las vigas le den suficiente estabilidad a la estructura como para que la construcción pueda seguir adelante.

Otro resultado de la investigación nos hizo pensar en otras metas de sesión relevantes para el devenir de la terapia. Encontramos una tendencia de los consultantes a juzgar más desfavorablemente las sesiones en las que venían acompañados por personas de su familia que las sesiones en las que la terapeuta era la única interlocutora directa. A la larga, esto nos ha ido llevando a construir otro listado con las cosas que parece importante que el consultante obtenga en las reuniones con el terapeuta:

1. Refrendar una imagen de sí mismo satisfactoria para el consultante, inferida del trato que le dan sus interlocutores en la sesión (los acompañantes y el terapeuta).
2. Lograr un reparto del trabajo en cada sesión, y en el proceso completo, que le parezca viable y satisfactorio.
3. Unas propuestas o sugerencias de la terapeuta que al consultante le permitan remediar las carencias que cree tener
 - a) Que sean convincentes, es decir, verosímiles, a tenor de lo que sabe el consultante de las situaciones que le provocan malestar.
 - b) Que sean viables, es decir que el consultante las pueda acomodar y utilizar en las escenas en las que se ve en su vida cotidiana.

- c) Que sean efectivas, es decir, que propicien acciones que lleven a cambios satisfactorios.

5.2. ¿Qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia?

La investigación sobre las tareas terapéuticas nos ha exigido un paulatino y difícil esclarecimiento conceptual. Saber de qué estábamos hablando, en qué estábamos pensando, ha supuesto más esfuerzos que recopilar y analizar los datos que proporcionaron los consultantes. La distinción entre “metas” y “clases de ayuda”, necesaria para comprender los resultados del primer artículo, fue sustituida por la distinción entre metas para escenas en las que no participa la terapeuta y metas para escenas en las que participa la terapeuta. La denominación de *metas de vida* para la primera clase de objetivos resulta esclarecedora. Pero las *metas terapéuticas* que Mackrill (2011) propone hacen pensar en algunas que no encajan en la categoría de “clases de ayuda” o la más precisa de “clases de conocimientos requeridos para lograr las metas de vida”. En concreto las que situamos en el número uno de la lista: refrendar una imagen satisfactoria de uno mismo, verse comprendido, respetado y validado. Unos objetivos que parecen pertenecer al componente de *vínculo* de la alianza terapéutica propuesto por Bordin.

Probablemente conseguir una imagen de sí mismo en la interacción con la terapeuta, ayuda a obtener una imagen aceptable de sí mismo *en cualquier relación*. La repuesta a ¿quién soy yo? Puede ponerse a prueba al intentar responder a “¿quién soy yo para ella (la terapeuta), siendo ella lo que es para mí (una persona valiosa)?”. Por esa razón, y a falta de una terminología adecuada hemos evitado hablar de los tipo de ayuda como “metas terapéuticas”, no porque no lo sean, en los términos de Mackrill (2011), sino porque junta cosas que tal vez que tengamos que diferenciar más adelante, cuando empecemos a estudiar el papel del vínculo en las expectativas, la satisfacción, la ayuda y la efectividad. La participación de los consultantes en las sesiones de terapia, concluimos en el segundo artículo, tiene por un lado unos objetivos últimos, las metas de vida, cuyo

logro solo se puede verificar en ausencia del terapeuta, y por otro lado otras metas que atañen a las contribuciones que desean obtener del terapeuta en la propia consulta. Parte de ellas, afirmamos, son ayudas para generar conocimientos. Lo que se hace en las sesiones para producirlos son las *tareas terapéuticas*.

De esta segunda investigación sale bien parada la hipótesis de que en la lista de nueve tareas los consultantes encuentran acogida para los tipos de información que ven necesario obtener. Además, los cambios en el número de tareas y en la prioridad que les dan conforme disminuye la distancia a la solución, es congruente con la idea de que los consultantes intentan usar lo que se hace en la sesión para obtener herramientas con las que cambiar su vida. Los consultantes piden un tipo de ayuda u otro en función de lo que van consiguiendo en el día a día. Por otra parte, la lista parece capaz de organizar intervenciones provenientes de variadas tradiciones terapéuticas y podría ser usada para construir y utilizar sistemas de análisis del proceso terapéutico independientes del enfoque desde el que fueron formulados. Algo querido en estos tiempos de integración (Froján, Montaña, Calero, García, Garzón y Riz, 2008; Escudero, 2009; Santibáñez, Román y Vinet, 2009).

5.3. Ajuste en las tareas, satisfacción y efectividad

En el tercer trabajo de la serie de las HOPES se ha estudiado la relación entre el *ajuste en las tareas terapéuticas*, la *satisfacción con las sesiones* y la *efectividad terapéutica a corto plazo* (los cambios producidos entre una sesión y la siguiente).

Las variables de partida de las sesiones que parecen tener peso en la *satisfacción* de los consultantes son *el número de reuniones realizadas con anterioridad* (es decir, la antigüedad de la relación terapéutica) y *las expectativas previas de que la sesión va a ser de ayuda*. Por un lado el aumento de la satisfacción con el *número de sesiones* (una correlación pequeña pero significativa) puede que dependa del fortalecimiento de un vínculo de apego-cuidado que no ha entrado en la investigación expuesta en los artículos. Por el otro, las *expectativas*

previas, la confianza en que la sesión va a ser de ayuda favorece que los consultantes se encuentren satisfechos al final de la reunión. En cambio, las variables que parecen tener peso en los resultados terapéuticos son otras: el *número de sesiones realizadas* y las *expectativas* dejan de ser importantes, y es sobre todo el *estado actual del problema* lo que correlaciona con el *estado resultante* tras el intervalo entre sesiones. El *número de consultantes* también muestra una correlación positiva y significativa con el estado resultante, aunque débil. Esto apunta a la posibilidad de que algo medie entre el número de consultantes y el resultado del trabajo: la alianza terapéutica entre consultantes que, de ser buena, aumentaría la efectividad de los consultantes en el intervalo entre sesiones.

Las ayudas que los clientes encuentran en la sesión tienen una relación significativa y positiva con la satisfacción. Este es un resultado importante porque aunque la satisfacción no contribuye a predecir el estado resultante, cuando se controla la influencia de las variables de partida, la ayuda global (no ajustada) y la ayuda recibida en tres de las nueve tareas sí lo hace: La ayuda para *entender lo que ocurre*, para *tener claras las metas pequeñas* y para *saber qué valoración merecen los pasos que he dado*. La evaluación de la satisfacción no es redundante con la evaluación de las ayudas, en lo que atañe a la efectividad de las sesiones.

En contra de lo que esperábamos, atender *prioritariamente* las tareas solicitadas por el consultante *no* es una buena estrategia para conseguir *satisfacción*. Este resultado nos ha llevado a afirmar que la idea de que los consultantes van a terapia con una “agenda de tareas”, solo es defendible si se piensa que eligen tareas como una persona golosa elige dulces en el mostrador de una confitería. Prefieren unas ayudas pero disfrutan también de las que no han elegido, y se conforman con el menú si está bueno. Obtener *ajuste* no es necesario. En vez de pensar en *ajustarse* habría que pensar en *obtener conformidad*.

Tampoco es buena estrategia centrarse especialmente en las tareas indicadas por el consultante para contribuir a que su trabajo entre sesiones sea *efectivo*. La cantidad de ayuda obtenida en general en la sesión, con independencia de la selección previa, predice el *estado resultante* pero no lo predice la ayuda ajustada a su selección inicial. Esto querría

decir que lo que las consultantes creen que les va a ayudar a conseguir sus metas de vida, antes de empezar una sesión, no suele ser lo que les ayuda en realidad. Y en la medida en que pensemos que la teoría del cambio de la mayoría de los consultantes, les sirve para guiar su elección de tareas, podremos afirmar que no hay razones para creer que sus teorías sean acertadas. Por el contrario, solucionar los problemas podría venir de un cambio de teoría acerca de lo malo que sucede y de lo que se ha de hacer para que suceda algo distinto y deseable.

Que *entender lo que ocurre*, sea una de las tres clases de ayuda que resultan significativas para el resultado del trabajo de los consultantes en la sesión y fuera de la sesión y que *saber cómo actuar para que las cosas cambien* no esté entre las significativas, hace pensar en la necesidad que tienen las consultante de improvisar en situaciones no siempre predecibles, ni para ellas ni para las terapeutas. Esa sería la razón de que *entender* tenga más importancia que *saber actuar*, la tarea preferida por los consultantes (y por nosotros mismos). La elección de metas subsidiarias dependería de esa comprensión de la situación y la valoración de los pasos tendría la función de validar o invalidar las explicaciones que los han guiado.

5.4. Las escenas de las que se habla y la psicopatología

La noción de que hay factores comunes a aproximaciones teóricas diferentes y que esos factores contribuyen a la efectividad de la psicoterapia, no es un concepto reciente. En 1936, Saul Rosenzweig publica un artículo considerado precursor de esta tesis e identifica dos factores comunes a los distintos tratamientos: todos implican *una relación entre cliente y terapeuta* y todos tienen *un sistema explicativo de los problemas* que presenta el cliente (Luborsky, 1995). Vamos a ocuparnos un poco más de este segundo aspecto.

En la investigación que hemos realizado sobre las agendas de los consultantes y las ventajas de ajustarse a ella no hemos recogido nada de lo que hace memorable una sesión de terapia con una persona. De alguna manera hemos realizado una apuesta muy

osada: que podríamos decir algo acerca de qué hay que hacer en una sesión sin considerar qué se cuenta en la sesión. Pese a nuestro desacuerdo con la pretensión de De Shazer de que vale cualquier explicación con tal de que el cliente la acepte como buena, y actúe de forma distinta, nuestra investigación no repara en lo que los consultantes cuentan de sus vidas. Lo que hemos hecho se parece a estudiar la marcha de un negocio de decoración partiendo de caracterizaciones muy genéricas del tipo de productos solicitados (muebles de cocina, cómodas, mesas de comedor, estanterías, suelos), de evaluaciones de la satisfacción inmediata de los compradores con la visita (sin reparar en que pueda depender de la amabilidad del dependiente), de cómo les parece a los compradores que encajan los productos suministrados con las necesidades que les han llevado a la tienda y de la mejora en la vida cotidiana que se habrá conseguido con el producto, semanas más tarde... Pero nada acerca de los diseños, los materiales usados, la facilidad de montaje, etc. Podríamos usar una metáfora aún más rica, puesto que en la psicoterapia el papel del consultante no se limita a montar y colocar, si no que diseña lo que usa, pero ésta perfila suficientemente lo que deseamos ver. El enfoque ha dado algunos frutos y nos parece que aún puede dar algunos más, pero ¿hasta dónde podremos llegar sin entrar en los detalles de la vida de la gente? La posición de De Shazer y la que tal vez tenía Wampold en mente en 2001, es que el conocimiento de los detalles no es importante, o que, en realidad, no es efectivo. De Shazer probablemente diría que los consultantes se ocupan de ello por su cuenta y que basta con eso. Sólo hace falta que se ocupen haciendo menos de lo que no funciona y más de lo que funciona y que, si nada funciona, hagan algo distinto. ¿Pero qué ventaja tiene ese minimalismo? ¿Menos riesgo de polemizar con los consultantes? ¿Menos trabajo para los terapeutas? La pretensión de que la psicoterapia se ocupe sólo de las escenas en las que los terapeutas están presentes hace de esta actividad algo extraño para el profano, algo “fuera del mundo”. Pero, tal como lo vemos, los conocimientos que se manejan en esa extraña labor van a ser conocimientos del mundo, aunque los terapeutas renunciásemos a usarlos, porque lo que trae a terapia a los consultantes es, justamente, lo que sucede fuera de las sesiones. Y por otro lado, ¿qué tendría de psicológico la psicoterapia si los conocimientos de los que se ocupa la mayor parte de la investigación en psicología no

fuesen pertinentes?

Una vez se ha demostrado que la psicoterapia funciona, si la psicoterapia es de este mundo y lo que ocurre en ella tiene parecidos fundamentales con lo que ocurre en relaciones de ayuda no profesionalizadas, entonces los conocimientos de la psicología normal serían completamente pertinentes. Nuestra postura es que la concepción que se tenga de la psicoterapia arrastra consigo una concepción de la psicopatología y la que se tenga de la psicopatología una concepción de la psicoterapia.

Que todas las enfermedades ocasionen fracasos no significa que todos los fracasos sean ocasionados por enfermedades. Valdría también si en vez de “fracaso” dijésemos “sufrimiento”. La traslación de todo lo desagradable y penoso de la vida cotidiana al terreno de la medicina es una simplificación absurda, sobre todo si la medicina sigue intentando organizarse con los organismos como pacientes en vez de como agentes. En el último artículo de la tesis hemos descartado “enfermedad mental” y “trastorno mental” como objeto de tratamiento de la Psicoterapia y hemos establecido el carácter orgánico de todas las actividades de las personas, tanto de las deseables como de las indeseables, tanto de las exitosas como de las fracasadas. También hemos rechazado la oposición entre psicoterapia y terapia biológica, porque cuando la psicoterapia lleva a una forma diferente de actuar modifica la fisiología. Queda por ver si el uso de psicotropos la modifica más provechosamente (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). El concepto de *disfunción*, como “situación en la que se reitera el fracaso de una o varias estrategias a consecuencia del ejercicio de otras estrategias (fracasadas ellas mismas o exitosas)” ha sido nuestra propuesta para organizar una alternativa a la psicopatología de las enfermedades mentales o los trastornos. Hemos abogado por el concepto de *queja* y el de *motivo de queja* para sustituir al de *síntoma*. Y hemos visto que las quejas no siempre dan informan de las acciones en las que consiste la disfunción (es decir, de las que dan lugar a los motivos de queja o de las que no los evitan). El interés por las escenas concretas a la hora de entender las disfunciones y resolverlas (podríamos decir lo mismo si de ocasionarlas se tratase) es fundamental en nuestra propuesta, porque es en lo

concreto donde se produce el fracaso o el conflicto y, también en lo concreto, donde las personas optan por acciones que pueden deshacer un nudo de fracasos y sufrimientos o apretarlo aún más.

6. Conclusiones

A continuación se va a exponer un resumen de las conclusiones a las que se llegó en las distintas publicaciones según los objetivos previstos en el apartado 2 (pag. 29) de este manuscrito.

Objetivo 1. *En el marco de un modelo contextual de la psicoterapia y de la psicopatología y de los estudios sobre factores comunes, explorar y dar contenido al concepto de tarea terapéutica, elaborando una lista exhaustiva de las clases de tareas terapéuticas y viendo el uso de las mismas por parte de los consultantes conforme avanza el proceso psicoterapéutico.*

En los artículos 1 y 2 de este manuscrito se construyó y modificó un instrumento basado en el modelo de pasos o etapas delegables de las estrategias de solución problemas denominado HOPES (Hojas de Planificación y Evaluación de la Sesión) y se comprobó su exhaustividad.

Los consultantes buscan ayuda prioritariamente para los pasos: *actuación, entender y metas pequeñas* del prototipo.

Las tareas evolucionan con los casos de forma que la aparición de la tarea *saber si lo conseguido es suficiente* aparece cuando la distancia a la solución del problema es pequeña o nula.

La cantidad de delegaciones decrece desde la primera sesión y aumenta a partir de la sexta en los pocos casos que alcanzan la decena de sesiones. Lo central no obstante, no es el avance del tiempo sino el progreso en el problema por el que consultan

De acuerdo con los resultados del análisis de conglomerados, las delegaciones se relacionan entre sí de forma acorde con la concepción de la psicoterapia como un proceso de construcción de conocimientos pautado por una dinámica de generación y puesta a prueba de explicaciones (*entender*), valoraciones (*metas pequeñas*) y planes de actuación (*actuación*), y en base a ello concluimos que este modelo puede constituir una herramienta útil para organizar el proceso de elaboración de estrategias para el cambio en psicoterapia.

Objetivo 2. *Examinar las relaciones entre el tipo de tareas que se llevan a cabo durante la sesión y la calidad de las mismas.*

Se ha comprobado que la magnitud de la ayuda que perciben los consultantes no depende del tipo concreto de tarea delegada. Los consultantes obtenían la misma cantidad de ayuda de las terapeutas tanto si deseaban unas clases de ayuda como otras.

También se examinó la relación entre la valoración de la ayuda recibida y la clase de intervención terapéutica. Se llamó congruencia al ajuste de las intervenciones psicoterapéuticas con la clase de ayuda señalada por los consultantes en las HOPES. El análisis reveló una relación entre la ayuda recibida y la congruencia de las intervenciones.

Objetivo 3. *Elaborar indicadores de ajuste entre consultantes y terapeutas en las sesiones de psicoterapia.*

En el tercer artículo de esta tesis se exponen los siguientes indicadores de ajuste, de calidad de la sesión y de resultado.

Medidas de la calidad:

1. Satisfacción. Recoge el grado en que el consultante se considera satisfecho con el transcurso de la sesión que acaba de terminar.
2. Ayuda obtenida. Grado en que el consultante estima haber recibido ayuda para cada una de las nueve tareas terapéuticas inventariadas.

Medidas de resultados:

1. Estado resultante del trabajo terapéutico.
2. Efectividad.

Indicadores del ajuste del terapeuta a las prioridades de trabajo del consultante:

1. Promedio de ayuda obtenida en todas las tareas trabajadas (PT).
2. Promedio de ayuda obtenida en las tareas seleccionadas (PTS).
3. Promedio de ayuda obtenida en las tareas no seleccionadas (PTNS).
4. Promedio corregido de ayuda obtenida en las tareas trabajadas (PTC).

5. Promedio corregido de ayuda obtenida en las tareas trabajadas seleccionadas (PTSC).

Objetivo 4. *Estudiar la relación entre el ajuste en tareas terapéuticas y la efectividad de cada sesión de psicoterapia.*

Según nuestros resultados, no es relevante para la mejoría que los terapeutas se hayan centrado principalmente en las tareas indicadas por el consultante. Sí lo es la cantidad de ayuda obtenida en general (PT), con independencia de la selección previa. Lo que sí predice el estado resultante son las ayudas recibidas en las tareas terapéuticas, tanto los promedios de ayuda como las ayudas en tareas singulares.

La relevancia clínica de esta constatación es de gran alcance, pues contradice lo esperado según la tradición de que el ajuste da lugar a sesiones más efectivas, y quiere decir que lo que el consultante cree que le va a ayudar no es lo que le ayuda de hecho. Podríamos decir que si la selección de tareas por parte de las consultantes responde a una teoría acerca de la solución, la lógica del problema se escapa a sus conocimientos.

Objetivo 5. *Analizar el papel que tienen las expectativas de los consultantes y otros aspectos del vínculo terapéutico con los resultados y la satisfacción al final de las sesiones.*

Las expectativas correlacionan de forma significativa con la satisfacción y con el estado resultante de la sesión terapéutica. Pero cuando se controlan los efectos del resto de variables, la correlación entre expectativas y estado resultante deja de ser significativa. Así, las expectativas de mejora no parecen relacionarse con la evolución del problema.

Teniendo en cuenta que la variable satisfacción puede entenderse como un aspecto del vínculo terapéutico se puede concluir que la alianza puede ser una condición necesaria para la efectividad, pero no suficiente. En contra de la opinión mayoritaria, según los resultados de este trabajo la alianza no predice los resultados terapéuticos. Sí lo hacen las ayudas recibidas en las tareas terapéuticas.

Objetivo 6. *Analizar el peso que tienen para la satisfacción y la efectividad, las ayudas obtenidas en las distintas tareas terapéuticas.*

La satisfacción de los consultantes con la sesión terapéutica correlaciona de forma altamente significativa ($p < .001$) con todas las ayudas recibidas en los distintos pasos del prototipo. En cuanto

a la efectividad, de las nueve tareas terapéuticas contempladas, la ayuda para *entender* es la más relevante tanto a efectos de satisfacción como de resultados.

En cuanto a la efectividad, las ayudas para las tareas *entender*, *metas pequeñas* y *valoración pasos* son las que correlacionan significativamente con el estado del problema en la sesión siguiente. Son por lo tanto las tareas terapéuticas que más peso tienen en la mejoría de los problemas que llevan a consultar.

Objetivo 7. Realizar una crítica a la adopción del concepto médico de enfermedad en Psicopatología y Psicoterapia. Discutir los conceptos clásicos de enfermedad, trastorno y síntoma y, con los conceptos alternativos de fracaso, disfunción y queja poner en los cimientos de la construcción de la psicoterapia el carácter de agente de los consultantes y protagonistas de las quejas.

En relación con el problema de las relaciones mente-cuerpo, en el artículo 4 de este manuscrito se defiende la postura de que tales relaciones no pueden considerarse de naturaleza causal. Afirmar que la fisiología causa la conducta, o que lo mental causa lo físico, no es pertinente y aboca a enunciados que no son falsos ni verdaderos, sino absurdos.

Siguiendo a Kant, entendemos que actividad psíquica y procesos físico-químicos son diferentes niveles o construcciones de la realidad. En el nivel de la física hay causas y efectos, pero los sujetos desaparecen. En el nivel de la actividad psíquica hay organismos que operan y sus estrategias. Cuál de estos niveles analicemos depende del tipo de investigación que realicemos y el tipo de objetivos que deseemos alcanzar.

Desde esta posición, se proponer sustituir el concepto de trastorno mental, más basado en una visión bio-médica, por el concepto de disfunción, definida como la situación en la que las estrategias de un sujeto fracasan reiteradamente en la consecución de objetivos, y son tanto más graves cuantas más actividades de la persona o del colectivo comprometen.

El principio fundamental de nuestra propuesta es que la Psicopatología y la Psicoterapia no se ocupan de síntomas, sino de fracasos.

Por lo mismo, proponemos el concepto de queja para sustituir al de síntoma, puesto que al contrario que el síntoma, la queja no remite a juicios externos sino a las propias valoraciones del sujeto.

6.1. Investigaciones futuras

Si las HOPES tienen para los consultantes el valor de un anuncio sobre lo que pueden esperar de la terapia, la negativa de algunos de ellos a utilizarlas podría ser un indicador más o menos claro de desacuerdo. Es necesario asegurarse de que la tarea de responder con escalas no es excesivamente difícil para el consultante, algo que puede ocurrir con poca escolarización, pero, excluida esa posibilidad, la negativa a usar las hojas o la cumplimentación irregular de las mismas, podría ser un indicador de desacuerdo con el contrato implícito que propone el terapeuta y una muestra de una alianza de trabajo precaria. Preguntar abiertamente por las expectativas con las que viene el consultante acerca de lo que la terapeuta va a hacer para ayudarlo podría ser algo muy aconsejable si así fuera. Esta es una línea de investigación abierta.

La hipótesis de que los consultantes resuelven las disfunciones muy a menudo cambiando la teoría acerca de lo que sucede y de lo que se ha de hacer para remediarlo, tiene que ser puesta a prueba. La inclusión en el protocolo de la pre-entrevista de una evaluación de los cambios que han introducido los consultantes en su forma de concebir el problema desde la última sesión nos permitiría hacer esa prueba. Si los cambios en la concepción del problema preceden a la desaparición de motivos de queja, nuestra hipótesis se sostendría. En ese caso, rendir honores a las concepciones de los consultantes, como proponen Duncan y Miller (2000) sería tan inútil como rendir honores a cualquier explicación inoperante (del estilo de “se relaciona muy poco porque es muy tímido”). Hacer una buena terapia puede requerir que el consultante obtenga siempre una imagen de sí mismo como de alguien valioso, pero no necesariamente la de alguien que no se ha equivocado. Es posible que verse capaz y equivocado sea algo que favorezca solucionar problemas.

Una investigación que nos parece necesaria pero de mucha más envergadura y dificultad viene de considerar que la efectividad de las ayudas que los consultantes consiguen en las sesiones pasa por la construcción de conocimientos y su puesta a prueba en las situaciones en las que se fracasa, fuera de la sala de terapia. Entendiendo

así la efectividad, son sobre todo las estrategias de los consultantes ante los problemas que se producen en su vida cotidiana lo que nos interesa investigar. No sólo las estrategias de las terapeutas con los consultantes en la sala de terapia. Sin esa investigación se podrá decir muy poco de la efectividad de distintos enfoques y las distintas formas de hacer psicoterapia. Efectivamente, no podemos saber hasta qué punto son distintas las aportaciones de la terapia cognitiva, existencial, sistémica, dinámica, experiencial, etc. una vez asimiladas por los consultantes y acomodadas a las situaciones que viven. Como apuntamos más arriba, los llamados factores distintivos podrían ser más comunes de lo que suponemos una vez son asimilados por los consultantes.

En nuestras investigaciones sobre las contribuciones a la efectividad de las sesiones de psicoterapia de la micro-colaboración y del ajuste hemos evitado entrar en descripciones de lo que sucede en la vida cotidiana de los consultantes. No porque no lo hagamos en nuestro trabajo como psicoterapeutas, sino porque se nos antoja muy complejo introducir esas descripciones en un formato que quepa en una base de datos. Al final del recorrido de estos años parece que hemos de concluir que entrar en ellas es necesario. La cuestión es encontrar cómo. Cuando se juzga la efectividad de la enseñanza de la navegación con instrumentos por la capacidad de los alumnos para moverse en un territorio desde el punto A al punto B, hace falta saber de qué territorios se trata, si una zona de alta montaña, de bosque de ladera, de marisma o de estepa. En este caso nuestro parte del arte de navegar consiste en levantar mapas de territorios poco conocidos y es obvio que levantar mapas de unas zonas no se hace de la misma manera que levantar mapas de otras. A nosotros nos quedan pocas dudas de que hay que ocuparse de las estrategias que se usan para representar lo que sucede, es decir para explorar y representar el territorio. Tampoco nos quedan dudas de que hay que ocuparse de la información que contiene el mapa que ya está elaborado y su utilidad como guía para moverse en el terreno y salir de situaciones penosas. Sin conocimientos equivalentes en psicología a los de levantar mapas, guiarse por ellos y evaluar su utilidad caracterizar las mejores psicoterapias puede ser una tarea imposible. Hacer psicoterapia, al final, no

puede dejar de incluir tres cosas: lo que se puede hacer para resolver una disfunción (lo que yo terapeuta debería hacer si estuviese en ese contexto con esas metas de vida y ante esos fracasos), lo que se puede hacer para evitarlas y lo que se puede hacer para ayudar a otro sujeto a que resuelva aquellas en las que ha quedado atrapado. ¿Hasta dónde podemos llegar sin saber cómo se generan las disfunciones? ¿Hasta dónde podemos llegar sin inventariar las estrategias comunes en una sociedad que conllevan más riesgo de anudar una disfunción?

Referencias

- Asay, T. P., y Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. Hubble, B. L. Duncan, y S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. (pp. 23–55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2006). La tiranía del “paradigma de la especificidad”. Algunas reflexiones críticas sobre factores comunes y procedimientos específicos en psicoterapia. En L. Botella (Comp.). *Construcciones, narrativas y relaciones. Aportaciones constructivistas y constructonistas a la psicoterapia*, 269-298. Barcelona: Edebé.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge y Kegan Paul. (Trad. cast.: Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Paidós, 1996)
- Dattilio, F.M. y Hanna, M.A. (2012). Collaboration in Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 146–158.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton, (Trad. cast.: *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós, 1986).
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: Norton. (Trad. cast.: *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa, 1992).
- De Shazer, S. (1994). *Words Were Originally Magic*. New York. (Trad. cast.: *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa, 1999).
- Dreier, O. (2008). *Psychotherapy in everyday life*. New York: Cambridge University Press
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Beach, P., Reynolds, L. R., y Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “Working” Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3–12.
- Duncan, B. L., y Miller, S. D. (2000). The Client ’ s Theory of Change: Consulting the Client in the Integrative Process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169–187.

- Duncan, B., Miller, S., y Hubble, M. (2007). Developing a culture of feedback in your practice. *Psychotherapy Networker*, 57, 36–45.
- Duncan, B.L., y Miller, S.D. (2008). *The Outcome and Session Rating Scales: The revised administration and scoring manual, including the Child Outcome Rating Scale*. Chicago: Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 247-259.
- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G. y Friedlander, M. (2012). Alliance rupture and repair in conjoint family therapy: An exploratory study. *Psychotherapy*, 49(1), 26-37.
- Ezama-Coto, E., Fontanil-Gómez, Y., Galván-Fernández, S., Rodríguez-Blanco, C., y Toribios Álvarez, A. (2000). Nuevas puertas en entrevistas de psicoterapia: exploración sobre las etapas delegadas en la búsqueda de soluciones. *Psicothema*, 12, 682–694.
- Ezama, E., Alonso, Y., González, S., Galván, S., y Fontanil, Y. (2011). Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia? *Psicothema*, 23(3), 566–572.
- Ezama, E., Fontanil, Y., y Alonso, Y. (2012). Calidad de la sesión, ajuste en las tareas y efectividad de las sesiones psicoterapéuticas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 245–260.
- Felder, J.N., Dimidjian, S. y Segal, Z. (2012). Collaboration in Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 179–186 (2012)
- Fernández Liria, A., Hernández Monsalve, M., Rodríguez Vega, B., Benito Cano, T. y Mas Hesse, J. (1997). “Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental; resultados de un grupo de consenso”. En A. Fernández Liria, M. Hernández Monsalve y B. Rodríguez Vega (Eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN.
- Fontanil Gómez, Y., Ezama Coto, E., y Toribios Álvarez, A. (2004). Terapia y colaboración. *Mosaico*, 42, 36–43.
- Fontanil Gómez, Y., y Ezama Coto, E. (1990a). Análisis inyuntivo de la interacción: Un sistema de categorías (S.A.I.I.). *Estudios de Psicología*, 43-44, 97–111.

- Fontanil Gómez, Y., y Ezama Coto, E. (1990b). Modelos para el análisis de la interacción: Un esquema básico para la construcción de categorías. *Psicothema*, 2(2), 151–172.
- Friedlander, M.L., Escudero, V., Heatherington, L. y Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25-33.
- Froján, M.X., Montaña, M., Calero, A. García, A., Garzón, A., y Riz, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20(4), 603-609.
- Gerrig, R.J. y Zimbardo, P.G. (2002). *Psychology and Life*, (16thed). Allyn and Bacon, Boston, MA.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007) La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?. Madrid: Alianza Editorial.
- Harmon, S.C., Lambert, M.J., Smart, D.M., Hawkins, E., Nielsen, S.L., Slade, K., y Lutz, W. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research*, 17, 379-392.
- Haverkate, H. (1994). *La cortesía verbal. Estudio pragmalingüístico*. Madrid: Gredos.
- Hawkins, E.J., Lambert, M.J., Vermeersch, D.A., Slade, K., Tuttle, K. (2004). The effects of providing patient progress information to therapists and patients. *Psychotherapy Research*, 14, 308-327.
- Hontoria Tuerk, E., McCart, M.R. y Henggeler, S.W. (2012) Collaboration in Family Therapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 168–178.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C.; Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Jackson, D. (1957). The question of family homeostasis. *The Psychiatric Quarterly Supplement* , 31 .
- Kelly, G. (2001). *La psicología de los constructos personales: Textos escogidos* (B. Maher, Comp.; G. Feixas, Editor). Barcelona: Paidós.
- Kerbrath-Orecchioni, C. (1992). *Les interactions verbales, Tome II*. Paris: Armand Colin.
- Kunce, L. J., y Shaver, P. R. (1994). “An attachment theoretical approach to caregiving in romantic relationships”. En K. Bartholomew y D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: Vol. 5. Attachment processes in adulthood*. London: Jessica Kingsley.
- Lambert, M. J. y Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48 (1), 72-79.

- Lambert, M. J., y Barley, D. E. (2001). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361.
- Lambert, M.J. y Cattani, K. (2012). Practice-friendly research review: Collaboration in routine care. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 209–220.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Bishop, M.J., Vermeersch, D.A., Gray, G.V., y Finch, A.E. (2002). Comparison of empirically derived and rationally derived methods for identifying patients at risk for treatment failure. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 9, 149-164.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Smart, D.W., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L., y Hawkins, E.J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.
- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the dodo bird verdict that “Everyone has won so all shall have prizes”? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 106-109.
- Mackrill, T. (2011). Differentiating life goals and therapeutic goals: expanding our understanding of the working alliance. *British Journal of Guidance y Counseling*, 39(1), 25–39.
- Miller, S. D. y Duncan, B.L. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales: Administration and scoring manual*. Chicago: Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., y Brown, G.S. (2005). The Partners for Change Outcome System. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 199-208.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sparks, J. A., y Claud, D. A. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91–100.
- Norcross, J. C. (2011). Conclusions and Recommendations of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29). *Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships*, APA.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., y Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 143-154.
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48, 4-8.
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98-102.
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Adapting psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 127-132.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6 (3): 412–415.
- Santibáñez, P.M., Román, M.F., y Vinet, E.V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Shimokawa, K., Lambert, M.J., y Smart, D.W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298-311.
- The Canadian Psychiatric Association (2001). *The Role of the Psychotherapies in the Practice of Psychiatry*.
- Tryon, G.S. y Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Tryon, G.S. y Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 48(1), Mar 2011, 50-57
- Tuerk, E.H., Michael R. McCart, M.R. y Henggeler, S.W. (2012). Collaboration in Family Therapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 168–178.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

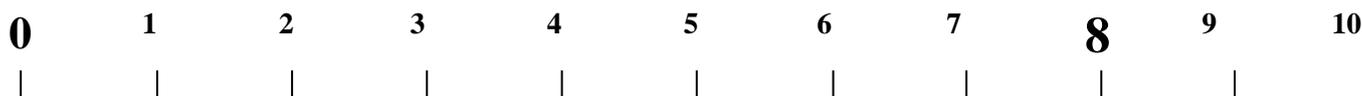
- Whipple, J.L., Lambert, M.J., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Nielsen, S.L., y Hawkins, E.J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: the use of early identification of treatment failure and problem solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 59-68.
- Wiseman, H.; Tishby, O. y Barber, J.P. (2012). Collaboration in Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2),136–145.
- Wolberg, L.R. (1967). *The technique of psychotherapy*, New York: Grune y Stratton.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope.*

Apéndice

Hopes

HOJAS DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA SESIÓN (IX-2011)

1 Imagínese que llegar a resolver un problema es como hacer un camino, y que le llamamos **8** al sitio en el que las cosas están razonablemente bien y **0** al sitio en el que estarían peor (lo peor imaginable) ¿en qué punto se encuentra ahora?:



Posición antes de que em-
pezásemos a trabajar el
último día

Marque con una
cruz la posición
actual

Puntuando también de **0** a **10** ¿qué nota le daría usted, en este momento, a la **CONFIANZA** que tiene en que la sesión de hoy le va a servir a usted para avanzar hacia la solución?

Ahora, si **0** fuese tener **una vida absolutamente desgraciada** y **8** estar **razonablemente a gusto con la vida que uno tiene** ¿qué puntuación se daría hoy a sí mismo/a, de 0 a 10?

Y de nuevo de 0 a 10, si **0** es sentirse **totalmente de defraudado con uno mismo** y **8** sentirse **razonablemente contento con lo que uno es**, ¿dónde se encuentra usted ahora?

Puntuación del
último día

Puntuación de
hoy

Puntuación del
último día

Puntuación de
hoy

Por favor, si tiene alguna dificultad para responder, pregúntenos.

Esteban Ezama Coto*, Yolanda Fontanil Gómez* y Saturnino Galván Fernández* 2011.

*CICOM. Alternativa en Salud Mental. cicom@telecable.es ★Depto. de Psicología. Universidad de Oviedo. fontanil@uniovi.es

¿Hay algo en especial que le gustaría que se trabajase antes que nada en la sesión de hoy?:

2

De la lista que va a continuación, marque la opción que convenga más a la clase de ayuda que ve que necesita, sobre todo, en esta sesión. Si lo cree necesario **puede marcar hasta cuatro líneas**. En este caso numérelas del 1 al 4, dándole el número 1 a la que considere más importante, el 2 a la siguiente, etc.

- SABER SI ES POSIBLE HACER QUE LAS COSAS CAMBIEN. ^(A)
- SABER QUÉ TIENE DE POSITIVO Y QUÉ TIENE DE NEGATIVO LA SITUACIÓN QUE VIVO O QUE VIVIMOS. ^(B)
- ENTENDER LO QUE OCURRE (LO QUE ME OCURRE A MI, A ELLOS O A NUESTRA RELACIÓN). ^(C)
- SABER CÓMO ACTUAR PARA QUE LAS COSAS CAMBIEN. ^(D)
- SABER QUÉ ES LO QUE ESTOY BUSCANDO AL FINAL. TENER CLARAS LAS METAS MAS GRANDES. ^(E)
- TENER CLARAS LAS METAS PEQUEÑAS. SABER EN QUÉ COSAS PEQUEÑAS VOY A TRABAJAR PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS. ^(F)
- SABER SI ES BUENA IDEA HACER LO QUE HE PENSADO HACER. ^(G)
- SABER SI LO QUE HE HECHO ESTUVO BIEN O MAL: SABER QUÉ VALORACIÓN MERECE LOS PASOS QUE HE DADO. ^(H)
- SABER SI LO QUE SE HA CONSEGUIDO YA ES SUFICIENTE Y PUEDO CONSIDERAR SOLUCIONADO EL PROBLEMA. ^(I)

Si en la sesión de hoy **no busca ninguna clase de ayuda** o si la clase de ayuda que usted desea **no figura en la lista**, señálelo aquí abajo:

PARA RESPONDER CUANDO HAYA TERMINADO LA SESIÓN:

3

Lo que va a continuación sirve para que la persona que trabaja con usted como terapeuta pueda ir amoldando su estilo a lo que necesita para usted misma/o. Por favor, valore las siguientes afirmaciones en cada apartado, *marque con una cruz* la opción que mejor refleje su opinión.

LA PERSONA QUE ME HA ATENDIDO COMO TERAPEUTA HA SIDO CARIÑOSA CONMIGO:

NADA	POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

Y PARA ADAPTARSE A LO QUE YO NECESITO TENDRÍA QUE HABERLO SIDO:

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Mucho menos	Bastante menos	Algo menos	Poco menos	Igual	Poco más	Algo más	Bastante más	Mucho más

QUIEN QUE ME HA ATENDIDO COMO TERAPEUTA SE HA DEJADO VER COMO PERSONA:

NADA	POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

Y PARA ADAPTARSE A LO QUE YO NECESITO TENDRÍA QUE HABERLO SIDO:

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Mucho menos	Bastante menos	Algo menos	Poco menos	Igual	Poco más	Algo más	Bastante más	Mucho más

QUIEN QUE ME HA ATENDIDO COMO TERAPEUTA HA MOSTRADO QUE VALORA POSITIVAMENTE LO QUE HE DICHO, LO QUE HE HECHO O CÓMO SOY:

NADA	POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

Y PARA ADAPTARSE A LO QUE YO NECESITO TENDRÍA QUE HABERLO HECHO:

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Mucho menos	Bastante menos	Algo menos	Poco menos	Igual	Poco más	Algo más	Bastante más	Mucho más

QUIEN QUE ME HA ATENDIDO COMO TERAPEUTA HA MOSTRADO QUE VALORA NEGATIVAMENTE LO QUE HE DICHO, LO QUE HE HECHO O CÓMO SOY:

NADA	POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

Y PARA ADAPTARSE A LO QUE YO NECESITO TENDRÍA QUE HABERLO HECHO:

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Mucho menos	Bastante menos	Algo menos	Poco menos	Igual	Poco más	Algo más	Bastante más	Mucho más

QUIEN QUE ME HA ATENDIDO COMO TERAPEUTA ME HA DEJADO DECIDIR A MI SOBRE QUÉ DEBO PENSAR O QUÉ DEBO HACER

NADA	POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

Y PARA ADAPTARSE A LO QUE YO NECESITO TENDRÍA QUE HABERLO HECHO:

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Mucho menos	Bastante menos	Algo menos	Poco menos	Igual	Poco más	Algo más	Bastante más	Mucho más

QUIEN QUE ME HA ATENDIDO COMO TERAPEUTA, CUANDO HA EXPLICADO O HA PROPUESTO ALGO, HA CONCRETADO

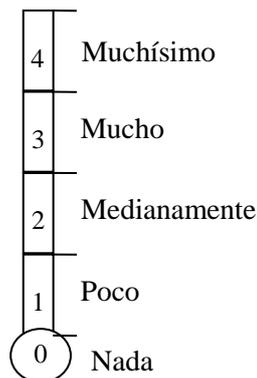
NADA	POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

5

Y PARA ADAPTARSE A LO QUE YO NECESITO TENDRÍA QUE HABERLO HECHO:

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Mucho menos	Bastante menos	Algo menos	Poco menos	Igual	Poco más	Algo más	Bastante más	Mucho más

¿HASTA QUE PUNTO SE ENCUENTRA **SATISFECHA/O** CON LA SESIÓN DE HOY? (Rellene hasta la marca que le parezca)



A CONTINUACIÓN INDIQUE **CUANTA** AYUDA HA ENCONTRADO EN CADA UNA DE LAS LÍNEAS EN LAS QUE LE PAREZCA QUE SE HA TRABAJADO A LO LARGO DE LA SESIÓN DE HOY. (Para cada línea marcada señale con un redondel la opción que le parezca más exacta.)

SABER SI ES POSIBLE HACER QUE LAS COSAS CAMBIEN. (A)

MUCHÍSIMA

MUCHA

MEDIANA

POCA

NINGUNA

- ❑ SABER QUÉ TIENE DE POSITIVO Y QUÉ TIENE DE NEGATIVO LA SITUACIÓN QUE VIVO O QUE VIVIMOS. (b)

MUCHÍSIMA
 MUCHA
 MEDIANA
 POCA
 NINGUNA

- ❑ ENTENDER LO QUE OCURRE (LO QUE ME OCURRE A MI, A ELLOS O A NUESTRA RELACIÓN). (c)

MUCHÍSIMA
 MUCHA
 MEDIANA
 POCA
 NINGUNA

- ❑ SABER CÓMO ACTUAR PARA QUE LAS COSAS CAMBIEN. (d)

MUCHÍSIMA
 MUCHA
 MEDIANA
 POCA
 NINGUNA

- ❑ SABER QUÉ ES LO QUE ESTOY BUSCANDO AL FINAL. TENER CLARAS LAS METAS MÁS GRANDES. (e)

MUCHÍSIMA
 MUCHA
 MEDIANA
 POCA
 NINGUNA

- ❑ TENER CLARAS LAS METAS PEQUEÑAS. SABER EN QUÉ COSAS PEQUEÑAS VOY A TRABAJAR PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS. (f)

MUCHÍSIMA
 MUCHA
 MEDIANA
 POCA
 NINGUNA

- SABER SI ES BUENA IDEA HACER LO QUE HE PENSADO HACER. ^(g)

MUCHÍSIMA

MUCHA

MEDIANA

POCA

NINGUNA

- SABER SI LO QUE HE HECHO ESTUVO BIEN O MAL: SABER QUÉ VALORACIÓN MERECE EN LOS PASOS QUE HE DADO. ^(h)

MUCHÍSIMA

MUCHA

MEDIANA

POCA

NINGUNA

- SABER SI LO QUE SE HA CONSEGUIDO YA ES SUFICIENTE Y PUEDO CONSIDERAR SOLUCIONADO EL PROBLEMA. ⁽ⁱ⁾

MUCHÍSIMA

MUCHA

MEDIANA

POCA

NINGUNA

Puntuando también de **0** a **10** ¿qué nota le daría usted, en este momento, a la **CONFIANZA** que tiene en que la sesión de hoy le va a servir a usted para avanzar hacia la solución?

Espacio para que pueda hacer comentarios:

SOATIF
(Friedlander, Escudero, Heatherrington, 2010)

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar nuestros problemas.	1	2	3	4	5
2. El terapeuta me comprende.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones me sirven para abrirme (por ejemplo expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Resulta difícil comentar con mi terapeuta lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
5. El terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme.	1	2	3	4	5
6. Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones.	1	2	3	4	5
7. Siento que estoy trabajando en equipo con el terapeuta.	1	2	3	4	5
8. Considero que el terapeuta se ha convertido en una persona importante para mí.	1	2	3	4	5
9. Hay algún tema del que no me atrevo a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
10. Entiendo el sentido de lo que se hace en terapia.	1	2	3	4	5
11. Al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme.	1	2	3	4	5
12. A veces estoy a la defensiva en las sesiones.	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas sólo se deben responder si viene a terapia acompañado por otras personas					
13. Los que venimos a terapia queremos conseguir lo mejor para todos nosotros y resolver los problemas.	1	2	3	4	5
14. Todos los que venimos a terapia valoramos el esfuerzo y el tiempo invertido por los demás aquí.	1	2	3	4	5
15. Algunos consideran que sus objetivos son incompatibles con los de los demás.	1	2	3	4	5
16. Todos intentamos ayudar a que los demás consigan en terapia lo que necesitan.	1	2	3	4	5

ESTO ES TODO. MUCHAS GRACIAS