

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

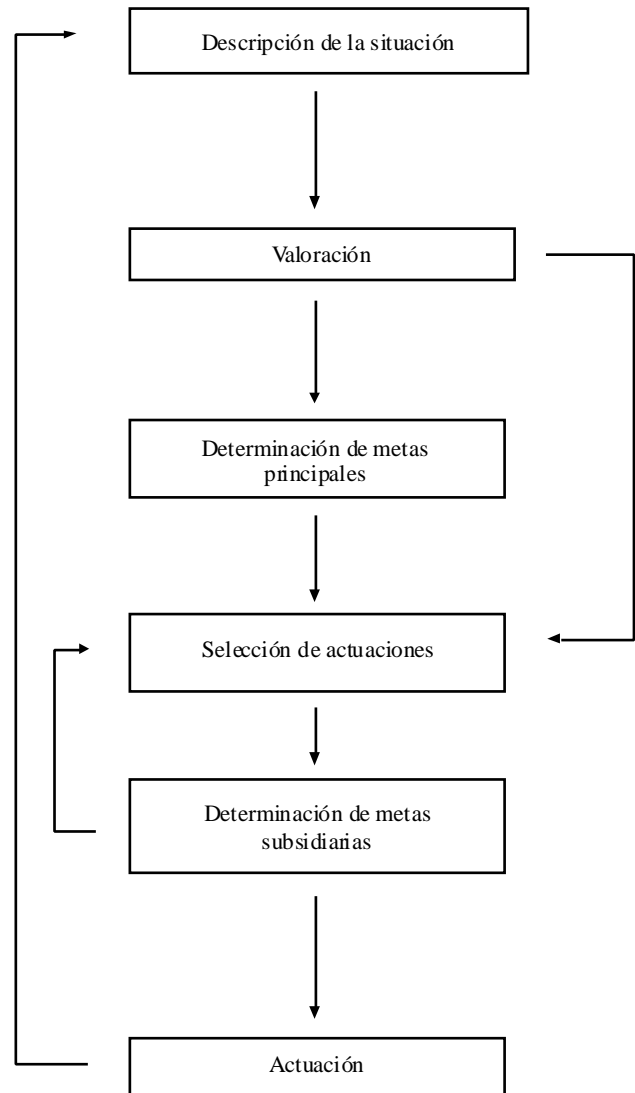


Figura 1

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 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 proporcionarles 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