

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

LA CO-CONSTRUCCIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO:
LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE
Y LA PERSPECTIVA DEL TERAPEUTA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
P R E S E N T A:
LIC. CLAUDIA IRENE MASTACHE MARTÍNEZ.



Director de tesis: Dr. Gilberto Limón Arce.
Comité de tesis: Dra. Ma. Emily Reiko Ito Sugiyama.
Dra. Maria Blanca Moctezuma Yano.
Mtra. Sylvia London Liebsohn.
Dra. Dolores Mercado Corona.

MÉXICO D.F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi madre.

A mi padre.

A Carmen.

A Kaaren.

A mis amigos y amigas.

A mis entrevistados pacientes.

A mis entrevistados terapeutas.

A Gilberto Limón.

A Emily Ito.

A todos los que saben que son parte de este trabajo.

Julio, 2000

A las siguientes personas no les guardo más que un infinito agradecimiento, por su apoyo y entusiasmo en este Vía Crucis:

Patricia Martínez.

Alberto Díaz.

Alexis Ibarra.

Carmen Mastache.

Kaaren Mastache.

Luz Arcelia Suárez.

Irma von Wobeser.

Rocío Martínez.

Lidia Beltrán.

Carmen Estela Suárez.

Alba Guadalupe Mastache.

Javier Mastache.

María José Torreblanca.

Magdalena Acosta.

Samuel Jurado.

Dolores Mercado.

Sylvia London.

Julio, 2000

"...no podían conciliar el sueño, y salieron a tomar el aire. Una soberbia luz de luna dejaba ver las curvaturas de sus cuerpos. Ninguno era creyente, pero esa noche comulgaron luna nueva. Al poco rato me di cuenta: sus cuerpos eran arena. Una pareja paseaba esa noche por la playa y con sus pisadas, lo que fueran cuerpos amantes, se vio convertido en otra historia, la tengo en la punta de la lengua... pero que aún no la puedo narrar. Quizá otro par de fantasmas tengan que pasar frente a mí, para comprender cabalmente que hay historias que no se pueden contar."
(Vida Martínez, *De lo inasible de lo cotidiano*).

"Nadie sabe mejor que tú, sabio Kublai, que no se debe confundir nunca la ciudad con el discurso que la describe. Y sin embargo, entre la una y el otro hay una relación. [...] Esto quizá no lo sabes: que para hablar de Olivia no podría pronunciar otro discurso. Si hubiera verdaderamente una Olivia de ajimeces y pavos reales, de talabarteros y tejedores de alfombras y canoas y estuarios, sería un mísero agujero negro de moscas, y para describírtelo tendría que recurrir a las metáforas de hollín, el chirriar de las ruedas, de los gestos repetidos, de los sarcasmos. La mentira no está en el discurso, está en las cosas."
(Italo Calvino, *Las ciudades invisibles*).

Índice

	Pag.
Resumen	
Introducción	1
1. El Construccionismo Social	5
1.1 Contexto de aparición	5
1.2 Viejos comentarios hacia el papel del lenguaje	11
1.3 Alternativas al empirismo	13
1.4 Críticas al Construccionismo Social	16
1.5 El Posmodernismo como movimiento generalizado	18
1.6 Implicaciones para el campo de la psicología	21
2. Lo que funciona en terapia: estudios y observaciones	27
2.1 La veta de la investigación estadística	28
2.2 La perspectiva de los factores comunes	30
2.2.1 Factores del cliente	33
2.2.2 Factores de la relación terapéutica	37
2.2.3 Factores de expectativa, esperanza y placebo	44
2.2.4 Factores de la técnica o modelo	48
2.2.5 Comentarios sobre la propuesta de los factores comunes	51
2.3 Los estudios con diadas	53
2.4 La veta de la observación clínica	59
2.4.1 La perspectiva colaborativa	60
2.4.2 La perspectiva del equipo reflexivo	67
2.5 La agencia personal	74
3. Método	78
3.1 Objetivo del estudio	78
3.2 Tipo de estudio	78
3.3 Muestra	79
3.4 Instrumento	81
3.5 Procedimiento	82
3.6 Estrategias de análisis de la información	89

	Pag.
4. Resultados	92
4.1 Motivo inicial de consulta	94
4.2 Descripción del paciente al inicio y al final del tratamiento	96
4.2.1 Las áreas de dificultad al inicio del tratamiento	96
4.2.2 Las áreas de logro al final del tratamiento	99
4.3 Expectativas hacia el tratamiento	103
4.4 Percepción del otro como persona	105
4.5 Elementos intra sesión de utilidad terapéutica	107
4.5.1 Diagrama general	108
4.5.2 La relación terapéutica	110
4.5.2.1 Caracterización de la relación terapéutica	110
4.5.2.2 Forma de manifestarse en la relación terapéutica	112
La forma de actuar	115
La forma de estar	119
4.5.3 Los elementos que mantienen la relación terapéutica	123
4.5.4 Acciones específicamente terapéuticas	132
4.5.5 El creer	141
4.6 Elementos extra-sesión	142
4.7 Los márgenes del éxito	143
5. Discusión	146
5.1 Reflexiones sobre el instrumento	157
6. Conclusiones	159
Referencias	161
Anexo	170
Anexo 1	171
Anexo 2	172
Anexo 3	174
Anexo 4	180

Resumen

En este trabajo se presentan los resultados de una investigación que se realizó con objeto de conocer aquellas descripciones de los elementos que llevan a calificar a un tratamiento terapéutico como exitoso, desde la perspectiva de los actores sociales inmersos en la relación terapéutica.

Se llevaron a cabo once entrevistas en profundidad a cuatro diadas y una triada, lo cual permitió trabajar con seis casos de investigación. Se trata de una investigación de corte interpretativo, respaldada por una aproximación construccionista social hacia la construcción de conocimiento. Se presentan resultados de investigaciones recientes acerca del tema de efectividad terapéutica, así como los comentarios al respecto dentro de las perspectivas colaborativa y de equipo reflexivo para la terapia.

Los resultados obtenidos permitieron caracterizar a la relación terapéutica exitosa en términos de su manifestación, que incluye una forma de actuar y una forma de estar. Así mismo, se identificaron ciertos elementos como aquello que mantiene la relación terapéutica exitosa, en el sentido de que ninguno de los participantes renuncie a ella en un momento dado. Finalmente, se describen ciertas acciones percibidas como específicamente terapéuticas desde las perspectivas del terapeuta y de su paciente.

Palabras clave: construccionismo social, efectividad terapéutica, estudio interpretativo con diadas.

Introducción

En este trabajo se presentan los resultados de una investigación llevada a cabo con objeto de conocer aquellos elementos que entran en juego en la relación terapéutica concebida como exitosa, desde la perspectiva de los actores sociales que están inmersos en ella.

Se realizaron once entrevistas en profundidad, con seis terapeutas y cinco pacientes, independientemente de la orientación terapéutica que se hubiera manejado, de la duración del tratamiento y del nivel de entrenamiento de los terapeutas. La muestra quedó constituida por cuatro diadas y una triada, de lo cual derivaron seis casos de investigación, seis diadas paciente-terapeuta.¹

Con base en la literatura revisada, existe evidencia acerca de que la orientación, la duración del tratamiento y el nivel de entrenamiento que se tiene como terapeuta, no parecen ser factores cruciales en el resultado satisfactorio de un tratamiento terapéutico (Hubble, *et al.*, 1999a; Miller *et al.*, 1997; Shadish *et al.*, 1995).

Por tal motivo, el único requisito que se consideró como indispensable para participar en este estudio, fue que ambas partes de la diada terapéutica coincidieran en que el tratamiento había sido exitoso.² Dado que el tema de investigación tuvo que ver con el éxito terapéutico, fue necesario partir de un consenso básico sobre este punto entre paciente y terapeuta.

Existen diversos términos que se utilizan para designar a la persona que asiste a terapia. De manera tradicional, la idea de paciente suele asociarse con enfermedad y con el modelo médico, de ahí que en enfoques como el Humanista y algunos de la Terapia Familiar, hayan planteado el uso del término persona y

¹ En este trabajo se hablará de diada o caso de investigación para referirse al terapeuta y a su paciente.

² El interés de esta investigación estuvo centrado en los procesos de construcción y atribución de significado a la experiencia y, por ello, no se establecieron a priori criterios de éxito terapéutico para seleccionar a las personas que serían entrevistadas. Cualquier criterio que se hubiese considerado, habría sido derivado de un modelo u orientación y no era la intención verificar alguna perspectiva terapéutica en particular. Por otro lado, no fue objetivo de esta investigación el evaluar la verdad o falsedad de la percepción de un tratamiento como exitoso, sino acercarse a los significados que acompañan a dicha percepción.

cliente, respectivamente, para referirse a aquél que solicita el servicio de terapia. Otros enfoques se refieren al usuario y otros más a la persona que consulta. En este trabajo se utilizará la palabra paciente toda vez que sea posible, y se respetará la palabra cliente cada vez que se aluda a un texto que la use.

Parte del interés en estudiar la utilidad de los tratamientos terapéuticos, surge a partir de la observación sobre el hecho de que la mayor parte de investigación que se ha hecho sobre el ámbito clínico de la psicología, tiene que ver con aspectos patológicos, o con el desarrollo de teorías que abundan en la explicación de los "porqué" o de la dinámica de los problemas que se pueden presentar en la vida cotidiana de las personas (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Gran parte de la literatura sobre la terapia que ha descrito lo que sucede en el encuentro terapéutico cuando el tratamiento resulta útil, ha sido escrita desde el punto de vista de los terapeutas, pocas veces se incluye la voz de los pacientes, y un menor número de ocasiones se incluye en el estudio a los directamente involucrados en una relación terapéutica (Sells *et al.*, 1996). Tal como lo mencionan Bachelor y Horvath (1999: 153), "pocos estudios han examinado el proceso interaccional del cliente-terapeuta -esto es, la influencia o cambios en la conducta del compañero, como función de la conducta del otro- más que contribuciones separadas y unilaterales del cliente y terapeuta".

La importancia de estudiar el espacio de la interacción social, *in situ y a posteriori*, ha sido tradicionalmente resaltada por sociólogos y psicólogos sociales (Berger y Luckmann, 1966; Shotter, 1993). Sin embargo, la relevancia que este tipo de estudio tiene para comprender lo que pasa en terapia no ha sido la visión tradicional en psicología clínica.

A medida que fue tomando fuerza y forma el movimiento de terapia familiar, podemos ubicar un "boom" dentro del campo de la psicoterapia, que empezó a señalar la trascendencia de considerar las interacciones familiares tanto en el origen como en la solución de los problemas que llevan a la gente a terapia (Wittezaele y García, 1992).

Durante la última década, han surgido modelos y propuestas terapéuticas que valoran el espacio relacional y de interacción social de la terapia como un

espacio en el que, a través de la conversación entre los participantes, se construyen realidades alternativas y, en algunos casos, realidades problemáticas (McNamee y Gergen, 1992).

Gran parte de estas aproximaciones hacia la terapia, se han nutrido con las ideas de teóricos del construccionismo social, movimiento que se conforma dentro de la psicología social, entre la década de los años setenta y aquella de los ochenta (Gergen y Morawsky, 1980; Ibáñez, 1990a).

La perspectiva de aproximación al conocimiento que se comparte en este trabajo, tiene que ver con la creencia de que el conocimiento es construido de manera activa por las personas dentro de sus relaciones e interacciones sociales, dentro de un espacio relacional mediado por intercambios lingüísticos y, en este sentido, se apoya en las ideas del construccionismo social.

Las ideas del construccionismo social han permeado varios campos del que hacer psicológico, entre ellos, el de la investigación. La orientación hacia la investigación que se prefirió en este trabajo, se adhiere a una forma interpretativa de investigación, que implica el uso de estrategias como, por ejemplo, la entrevista en profundidad (Kvale, 1996).

Tal como lo mencionan Maione y Chenail (1999), podemos adoptar dos perspectivas para mirar a la investigación cualitativa en el campo de la investigación clínica: como una perspectiva de reciente aparición (las últimas tres décadas), o bien, como un punto de vista que ha estado desde el principio, ya que es análogo a la forma de conocimiento "caso por caso", tradicional en psicoterapia.

En el primer capítulo se exponen las principales ideas relacionadas con el movimiento construccionista social que, como veremos, constituyen en gran parte una propuesta de crítica hacia la visión considerada como tradicional.

Un aspecto implícito a una perspectiva construccionista es el de la actividad de deconstrucción. En el capítulo número dos, se incluye un apartado que puede considerarse como un ejercicio crítico de deconstrucción hacia la perspectiva de los factores comunes sobre lo que es útil en terapia. Además de lo anterior, en dicho capítulo también se analiza, parte de la literatura que existe sobre el

tema general de utilidad terapéutica, incluyendo algunas de las pocas aproximaciones que actualmente existen relacionadas con el tema.

En el tercer capítulo se incluye todo lo referente al método empleado. En el cuarto capítulo se exponen los resultados de la investigación, intercalando, con el análisis, fragmentos de discurso natural de los entrevistados, con objeto de ejemplificar y tener un control del análisis. En el quinto capítulo se presenta una serie de reflexiones a manera de discusión de los resultados. Y en el sexto capítulo se incluyen algunas ideas que se consideran conclusiones importantes de este trabajo.

Hacia el final del documento, en el anexo 1, se presenta una carta de consentimiento similar a la firmada por los entrevistados; en el anexo 2, se ilustran dos guías de entrevista, la inicial y la final; en el anexo 3, se presentan cuadros que resumen el contenido de las entrevistas, según las categorías de significado que se asignaron al discurso de los entrevistados; y en el anexo 4 se proporciona un ejemplo del discurso natural codificado de algunas de las personas que participaron en este estudio, así como un ejemplo del tipo de preguntas que conformaron la entrevista.

Finalmente, lejos de agotar el campo de investigación de la relación terapéutica, se considera que este estudio podría brindar algunos elementos que permitieran proseguir con esta línea general de investigación; guías y directrices que en un momento futuro podrían no sólo continuar, sino convertirse en nuevas puertas abiertas a la investigación. Así como este trabajo constituye la continuación de una investigación documental previa, a partir de la cual se valoró la importancia teórica del estudio del encuentro terapéutico (Mastache, 1996; Mastache y Limón, 1997).

1. El Construccinismo Social

"Para trascender los límites es necesario conocer los límites"
(Vida Martínez, *De la trascendencia de los límites*).

Es conveniente iniciar este apartado proporcionando un panorama general, donde se pueda ubicar el contexto que acompaña a la conformación de las ideas construccionistas.

El Construccinismo Social (CS) es un movimiento cuyas reflexiones podrían ubicarse a un nivel de metateoría, dado que una buena parte de sus aportaciones buscan dar cuenta de los procesos mediante los cuales se construye el conocimiento. Se trata de un movimiento que ha surgido a la par de una lluvia de críticas que ha caído sobre lo que había venido siendo, siguiendo a Schön (1983), un "programa epistemológico" tradicional en las ciencias sociales, que incluía obras y planteamientos positivistas y empiristas.

1.1 Contexto de aparición

Tal como es mencionado por Schön (*op. cit.*), en la primera mitad del 1800 Augusto Comte plantea los principios del Positivismo, en los cuales se estipula la ciencia empírica como única fuente para el conocimiento positivo, buscando con ello liberar al ser humano del pseudoconocimiento que se atribuye a la superstición y al misticismo, quedando el conocimiento científico y el control técnico al servicio de la sociedad humana.

A principios del 1900, con los trabajos del Círculo de Viena, ya se cuenta con un "programa epistemológico claro" que se apoya en nociones de la lógica-matemática y que establece la observación empírica como pre-requisito para el conocimiento (se considera como verdadero lo empíricamente probable), derivando de ello el "sistema hipotético - deductivo" como forma de acceder al conocimiento, donde primero está la experiencia sensorial y sobre ella se elaboran explicaciones que dan cuenta de los fenómenos observados (*Idem.*).

Siguiendo a Gergen (1994a: 36-37), una combinación de la metodología experimental con una metateoría presentada por los filósofos del empirismo lógico, son parte de los recursos argumentativos que apoyan el "proceso

hipotético-deductivo" como vía de acceso al conocimiento. La metateoría científica que deriva de esta combinación, presupone: un estado de la naturaleza que es observado; las actividades de inducción, formación de proposiciones y deducción por parte del investigador; una puesta a prueba de hipótesis donde el estado de la naturaleza es re-observado; y una etapa donde se validan, se rechazan, o se revisan y rectifican las proposiciones. Tal como lo menciona Gergen (1994a: 36):

"...el proceso de observación - proposición - someter a prueba - afinar [hipótesis] se puede seguir de manera indefinida, redundando en una red cada vez más precisa, bien diferenciada y bien validada de proposiciones interrelacionadas."

En gran medida, es resultado de un esfuerzo hacia la transformación de planteamientos como los anteriores -que a ojos de varios autores construccionistas sociales forman parte de una misma aproximación hacia la construcción del conocimiento-, que el CS presenta una visión crítica.¹

A pesar de que en múltiples ocasiones se han confundido los términos constructivismo y construccionismo, el CS se refiere a un conjunto de conocimientos inspirado inicialmente en la propuesta de Berger y Luckmann (1966) dentro de la sociología del conocimiento (Gergen, 1985).²

¹ En diversos escritos construccionistas es común encontrar que se mencionan términos como positivista, empirista, científico, modernista, como si fueran intercambiables o equivalentes entre sí. Se piensa que esto puede deberse a que en términos generales se alude a un mismo tipo de proposiciones hacia la construcción del conocimiento, no sólo por la pretensión de "verdad única", sino por el hecho de que este cuerpo de proposiciones suele centrar su reflexión y posterior construcción de conocimiento en el individuo (Gergen, 1994a).

² La aproximación constructivista hacia la construcción de conocimiento y la corriente construccionista social pertenecen a tradiciones intelectuales diferentes. El constructivismo ha sido asociado con la teoría piagetiana y una teoría de la percepción (Gergen, 1985), y se le ha criticado por su dificultad de dar cuenta de la forma en la que se construye un "modelo interno" de funcionamiento individual. ¿Cómo se construye y se modifica un modelo interno si el individuo es concebido como encapsulado dentro de su construcción? (Gergen y Kaye, 1992). También, se han considerado algunas propuestas constructivistas como metáforas biológicas, a diferencia de metáforas sociales que adopta el construccionismo social, donde se recalcan los procesos de interpretación, la intersubjetividad, los significados compartidos a través del lenguaje (Hoffman, 1990 y 1992). Ahora bien, como ha sido señalado en la literatura, ambos, tanto el constructivismo como el construccionismo social forman parte de la corriente crítica que cuestiona la idea de conocimiento como representación del mundo, la idea de conocimiento

Como inicialmente distingue Gergen (*op. cit.*), han existido dos corrientes de pensamiento alrededor de las cuales las posturas teóricas han oscilado entre el estudio de los procesos internos al individuo, por ejemplo, los enfoques fenomenológico, gestáltico y cognoscitivo, "corriente endógena"; y concebir el objeto de estudio fuera del individuo, por ejemplo, psicofísica y conductismo, "corriente exógena". En términos generales, podemos ubicar al "racionalismo" dentro de la corriente "endógena" y al "empirismo" dentro de la "exógena".

En diversos campos de estudio, se han manifestado cuestionamientos a la visión empírica, así, dentro de la filosofía de la ciencia, teóricos como Feyerabend, Kuhn y Quine se consideran argumentadores críticos hacia la visión positivista (*Idem.*), de manera similar se citan a Ilya Prigogine en la física y Francisco Varela en las neurociencias y, como veremos, en las ciencias sociales también ha surgido la misma inconformidad.

Dentro de la psicología social, hacia los años setenta, pueden identificarse una serie de propuestas alternativas a la visión tradicional positivista, una de las cuales es el CS, considerada en algunas ocasiones como orientación "ecléctica", ya que:

"...se ha abierto ampliamente a las aportaciones de la hermenéutica, de la teoría crítica, de la orientación dialéctica, de la sociología fenomenológica, del contextualismo o de los puntos de vista wittgensteinianos, entre otras fuentes de inspiración." (Ibáñez, 1990a: 228).

Vale la pena mencionar, a manera de ilustración, las nociones generales de algunas de las ramas de estudio que cita Ibáñez (*op. cit.*). Del movimiento de la Hermenéutica, una de las ideas centrales que se retoman es el cambio de objetivo en cuanto a las "interpretaciones" de los textos. Mientras en un principio el interés se centraba en hallar la interpretación más exacta, posteriormente se amplió el campo de variables pertinentes y se enfatizó el papel de los "acuerdos lingüísticos", en donde la validez o exactitud de una interpretación se encuentra en el grado en que concuerde con las reglas de comunicación o "sistema de significados" existentes dentro de una cultura

objetivo y el planteamiento tradicional hacia la construcción de conocimiento que ha predominado hasta ahora (Anderson, 1997; Gergen, 1994a; Hoffman, 1992).

dada. Algunos teóricos que se pueden considerar representativos en la corriente de la Hermenéutica son Ricoeur y Gadamer (Gergen y Morawsky, 1980).

En lo referente a la Dialéctica, lo que se retoma es la hipótesis básica según la cual, a partir de una entidad en contradicción con su opuesto, se genera una transformación que da lugar a un nuevo elemento. De esta manera, los conflictos pueden ser vistos como resultado de la presencia de fuerzas contradictorias variables de una situación a otra.

Los construccionistas sociales han resaltado de la Teoría Crítica, la propuesta de "emancipar" las interpretaciones vigentes y, de esta manera, dar lugar a ideologías alternativas. Pensadores como Habermas y Horkheimer de la escuela de Frankfurt, se han considerado representantes de la "teoría crítica" (Gergen y Morawsky, *op. cit.*; Ibáñez, *op. cit.*).

Para argumentar su crítica al empirismo, los construccionistas han retomado parte de las ideas de Wittgenstein acerca del papel de las convenciones lingüísticas, ya sea en la configuración o en la utilización de los conceptos, ya sea en la producción de conocimientos sobre el referente al que intenta referirse un concepto dado (Ibáñez, *op. cit.*). Los conceptos wittgenstenianos de los "juegos de lenguaje" y "forma de vida" son también retomados en algunos planteamientos construccionistas, en el sentido de que es a través del uso que se hace de las palabras dentro de ciertas pautas interactivas -que acompañan a pautas más grandes, una "forma de vida", una tradición-, como las palabras adquieren su significado:

"Para Wittgenstein (1953) las palabras adquieren su significado dentro de lo que metafóricamente denomina 'juegos de lenguaje', es decir, a través de los sentidos con que se usan en las pautas de intercambio existente. [...] Apropiado es también el concepto [...] de *forma de vida*, es decir, una pauta más amplia de actividad cultural en la que se incrustan juegos específicos de lenguaje.[...] Este enfoque del significado como algo que deriva de intercambios microsociales incrustados en el seno de amplias pautas de vida cultural presenta al construccionismo social unas dimensiones críticas y pragmáticas pronunciadas." (Gergen, 1994a: 77, cursivas en el original).

Así pues, las reflexiones sobre el lenguaje son de los argumentos más importantes dentro de la propuesta construccionista social.

La crítica de Rorty acerca de la tendencia a concebir la validez de un conocimiento solamente en función de su "correspondencia" con la realidad, ha llevado a los construccionistas a enfatizar el papel de las interacciones sociales así como el de los "acuerdos interpersonales/consensos" específicos de cada grupo social, y en un momento histórico determinado, como condiciones para el conocimiento (Ibáñez, *op. cit.*).

De manera curiosa, este último aspecto nuevamente remite al papel del lenguaje en la construcción de conocimiento, porque se critica al lenguaje como medio que refleja la realidad, se abandona cierto "compromiso tradicional" con el "representacionismo" (Gergen, 1994b; Shotter, 1993), en otras palabras, es como si se asumiera que la ontología del lenguaje es "de naturaleza distinta" que la de la realidad y, en este sentido, la discusión acerca de la existencia de la realidad va más allá del "diálogo construccionista" (Gergen, 1998), ya que lo que parece estar en el centro de las deliberaciones es la forma en la que ciertas construcciones adquieren un matiz de verdad o realidad a partir de las interacciones sociales mediadas por el lenguaje:

"Para el construccionista, la falta de una fundamentación ontológica del lenguaje, no es ningún argumento contra su uso. El valor del discurso psicológico no descansa en su capacidad para reflejar la verdad, sino más bien en su capacidad para llevar a cabo relaciones. [...] el construccionismo es ontológicamente mudo. Cualquier cosa que sea, simplemente es. [...] Al intentar articular lo que 'hay', sin embargo, nos adentramos en el mundo del discurso." (Gergen, 1994a: 97-98).

Como parte de la crítica que se plantea hacia el "representacionismo", de hecho se habla de una "crisis del representacionismo", vale la pena mencionar cierta dificultad que se encuentra al interior del mismo paradigma en función de cómo se vuelve difícil, por ejemplo, encontrar aquello que supuestamente es representado:

"¿Sobre qué razones sustentamos estas creencias? La duda nos asalta cuando examinamos las descripciones cotidianas de la gente. [...] Sus acciones son proteicas, elásticas, siempre cambiantes y, con todo, nuestras descripciones siguen siendo estáticas y gélidas. ¿En qué sentido, pues, el lenguaje representa nuestras acciones? ¿O si utilizamos el término 'hostil' para referirnos a la expresión facial de Sarah, al tono de voz de Eduardo y [a] la relación entre los católicos y los protestantes irlandeses, exactamente de qué es una imagen el término 'hostil'? Las fotografías reales de los acontecimientos no tendrían ninguna similitud entre sí." (Gergen, 1994a: 54).

En un momento posterior, Gergen (*op. cit.*) distingue como alternativas a la visión representacionista, en gran medida asociada con la visión tradicional empírica, tres movimientos críticos que "surgen de las inteligibilidad discursivas que caen ampliamente fuera de los ámbitos filosóficos científicos": la crítica ideológica, la crítica literario retórica y la crítica social. El autor ubica al CS dentro de la crítica social y argumenta a favor de esta última, porque puede incluir tanto a la crítica ideológica como a la crítica literario retórica:

"Así como un compromiso con el proceso social puede acoger la mayor parte de la crítica retórico - literaria, se puede también abrir un camino para sostener la fuerza de la crítica ideológica." (Gergen, 1994a: 70).

A partir de lo mencionado hasta aquí podrían ubicarse, tentativamente, dos ejes de análisis en el Construccionismo Social: el lenguaje y las interacciones entre los individuos. Estarán relacionados a estos ejes una serie de conceptos como, por ejemplo: retórica, metáfora, narrativa, significados, interpretación, consenso, convenciones, teorías, epistemología, construcciones, desconstrucción, creación, historia, cultura, contexto, interacción social, interrelación e intersubjetividad, entre otros.

1.2 Viejos comentarios hacia el papel del lenguaje

En este apartado se exponen algunas ideas acerca del papel del lenguaje en la construcción de aquello que consideramos como realidad, que corresponden a propuestas iniciales de Berger y Luckmann (1966) dentro de la sociología del conocimiento, y donde se ofrecen perspectivas que han sido consideradas como "seminales" para el movimiento construccionista social (Gergen, 1985).

En un intento de redefinir la naturaleza y alcance de la sociología del conocimiento de los años 60, Berger y Luckmann (*op. cit.*) dedican parte de sus reflexiones al papel del lenguaje: cierto lenguaje, cierto vocabulario es necesario para poder dar un orden a la realidad, de tal manera que "el lenguaje marca las coordenadas [de nuestra] vida y llena esa vida de objetos significativos".

Al abordar el tema del conocimiento del mundo, los autores se refieren a un "mundo intersubjetivo" donde las objetivaciones que hacemos del mismo tienen un carácter compartido: "...sé que hay una correspondencia continua entre *mí* significados y *sus* significados en este mundo, que compartimos un sentido común de la realidad de éste" (p. 41).

Las objetivaciones que hacemos del mundo están dadas por signos, por ser el lenguaje verbalizado uno de los sistemas de signos más importante de la sociedades en general. Se menciona como cualidad del lenguaje, el hecho de ser una objetivación que trasciende "el aquí y el ahora":

"...el lenguaje es capaz de transformarse en depósito objetivo de vastas acumulaciones de significado y experiencia, que [se pueden] preservar a través del tiempo y transmitir a las generaciones futuras." (p. 56).

Otro de los rasgos del lenguaje que los autores mencionan, concierne a los "campos semánticos" que quedan conformados por el lenguaje y, se añadiría, por su uso contextualizado. Dichos campos semánticos tienden a determinar aquello que se detendrá y aquello que se olvidará de la experiencia humana y social:

"El lenguaje constituye campos semánticos o zonas de significado lingüísticamente circunscritos. El vocabulario, la gramática y la sintaxis se

acoplan a la organización de esos campos semánticos. Así pues, el lenguaje elabora esquemas clasificadores para diferenciar los objetos según su 'género' [...] o su número; formas para predicados de acción opuestos a predicados de ser; modos para indicar grados de intimidad social, y demás." (p. 59).

El lenguaje, con los campos semánticos que conforma, construye objetivaciones del mundo, que están presentes *a priori*, que preceden a todo ser en el mundo. De esta manera, las objetivaciones se suelen experimentar como ajenas, como si tuvieran una realidad propia, sin remarcar su convencionalismo. Y una vez que el conocimiento se objetiva, se tiende a hablar en términos de verdades válidas para la realidad en general, esto es, tal conocimiento se da por sentado, "así es".

Relacionado con lo anterior, el conocimiento se reifica, los fenómenos se aprehenden como si fueran cosas, "como si fueran algo distinto de los productos humanos, como hechos de la naturaleza" y, por tanto, se vuelve posible empezar a hablar en términos de significados producidos por la naturaleza de las cosas. Sin embargo, no vamos más allá de cierto "universo simbólico" que es construido socialmente, un producto histórico de la actividad humana. Tal como lo mencionan Berger y Luckmann, para que un universo simbólico se mantenga son necesarios "elencos", una suma de individuos, un consenso.

Al abordar el tema de mantenimiento, modificación y transformación de realidades, Berger y Luckmann (p. 191) aluden a la importancia del diálogo y la conversación: "El vehículo más importante del mantenimiento de la realidad es el diálogo".

Para estos autores, un elemento que entra en juego al atribuir sentido a través del diálogo constituye cierto trasfondo implícito, no-dicho, que no sólo permite dar sentido, sino confirmar las definiciones de la realidad en los intercambios conversacionales, de manera que "lo dado por sentado" se refuerza o se debilita. Si el lenguaje objetiva y proporciona un orden a la experiencia, entonces es posible pensar que el diálogo posea una "fuerza generadora de realidad".

En resumen, podemos mencionar lo siguiente como cualidades del lenguaje que Berger y Luckmann reconocen en sus reflexiones sobre la construcción social

de la realidad: permite objetivar, cristaliza, estabiliza, trasciende las dimensiones espacio - temporales de la experiencia, constituye campos semánticos y vocabularios, una de sus manifestaciones es el diálogo, es selectivo y es ilocutivo:

"El lenguaje se me presenta como una facticidad externa a mí mismo y su efecto sobre mí es coercitivo. El lenguaje me obliga a adaptarme a sus pautas [...] el lenguaje tiene una expansividad tan flexible como para permitirme objetivar una gran variedad de experiencias [...] el lenguaje también tipifica las experiencias, permitiéndome incluirlas en categorías amplias en cuyos términos adquieren significado para mí y para mis semejantes. A la vez que las tipifica, también las vuelve anónimas..." (p. 57).

Vale la pena señalar que tal como se alude al lenguaje en estos planteamientos, no resalta del todo el hecho de que todo lenguaje o diálogo es llevado a cabo, articulado, manifestado, usado por individuos en contexto.

Llama la atención la coincidencia de planteamientos sobre el lenguaje entre Berger y Luckmann y autores construccionistas de la psicología social y de la terapia. Con este apartado se pretende retomar un grupo de ideas dispersas dentro de la obra de Berger y Luckmann que, a lo largo de los años, como se verá más adelante, sufren ciertos "deslizamientos", transformaciones que, a partir de un argumentar, contra argumentar, narrar y volver a narrar, nos van presentado otras perspectivas acerca del papel del lenguaje en la construcción de conocimiento.

1.3 Alternativas al empirismo.

Las ideas del construccionismo social fueron agrupadas en un momento inicial bajo el nombre de "socio-racionalismo" (Ibáñez, 1990a; Gergen, 1985), como acercamiento de estudio intermedio entre las corrientes endógena y exógena.

Un tema de análisis constante en la literatura construccionista, se refiere a las propuestas opcionales al empirismo, así como a las críticas que se le hacen. Al leer este tipo de argumentaciones, se llega a tener la impresión de que no hay propuesta dentro de la literatura construccionista. A este respecto, vale la

pena mencionar que el CS plantea un cambio de inteligibilidad, otro paradigma, otra metateoría acerca de la construcción de conocimiento y, en este sentido, remite a un proceso. Siguiendo a Gergen (1994a), la transformación teórica puede ser vista como un proceso que involucra: una inteligibilidad original, una fase crítica, una fase transformacional, una nueva inteligibilidad. De esta forma, la literatura construccionista que es crítica en su mayor parte, puede ser considerada como parte de la fase crítica de toda transformación teórica.

Por otro lado, cuando se pueden consultar lecturas construccionistas que reconceptualizan nociones como el Yo (Gergen, 1991; Shotter, 1993), la mente (Harré, 1989), lo imaginario (Shotter, 1989), el recuerdo y el olvido (Shotter, 1990), y la terapia (Anderson, 1997), entre otras, podríamos pensar que dichas propuestas forman parte de la fase transformacional, en pos de una nueva inteligibilidad (Gergen, 1994a).

Inspirados en ideas del CS (Gergen y Morawsky, 1980), en el cuadro 1.1 se presenta una síntesis panorámica de la postura empírica y de su alternativa construccionista ambas, con relación a cinco temas de reflexión propuestos arbitrariamente.

En una publicación más reciente, Gergen (1994a) ubica algunas ideas como presupuestos o premisas que podrían considerarse en la perspectiva construccionista social:

1. Los términos con los que damos cuenta del mundo y de nosotros mismos no están dictados por los objetos estipulados para este tipo de exposiciones.
2. Los términos y las formas por medio de las que conseguimos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambio, situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas.
3. El grado en el que un dar cuenta del mundo o del yo se sostiene a través del tiempo no depende de la validez objetiva de la exposición, sino de las vicisitudes del proceso social.
4. La significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como funciona dentro de pautas de relación.
5. Estimar las formas existentes de discurso consiste en evaluar las pautas de vida cultural; tal evaluación se hace eco de otros enclaves culturales.

Cuadro 1.1 Alternativas al empirismo

A. Postura Empírica	B. Alternativa construccionista
I. En cuanto a lo que se entiende por conocimiento.	
<p>A. El conocimiento es derivado de la observación de la naturaleza, el investigador toma así un papel pasivo, registra y delimita su campo de observación (de acuerdo a los cánones de "validez empírica") y posteriormente, teoriza.</p>	<p>B. El conocimiento se construye socialmente. El investigador a través de su "lente teórico" determina qué estudiará, los hechos sociales que existen son sólo aquellos que la perspectiva permite ver; ciertas reglas llevarán a ciertas formas de observación (evitando otras). Los significados teóricos son absorbidos por la sociedad así como la teoría es demarcada por circunstancias sociales específicas.</p>
II. En cuanto a la estabilidad de lo que se conoce y la posibilidad de predecir.	
<p>A. El comportamiento, lo observado, refleja ciertos principios de "un orden natural"; tales principios, en lo esencial, no varían, se vuelven predecibles.</p>	<p>B. La conducta social está gobernada por reglas que varían en el tiempo dentro de cada grupo social; cierto orden "es producto de un amplio acuerdo social", ciertos patrones de acción están gobernados por convenciones cambiantes, en este sentido, difíciles de predecir.</p>
III. Con relación a la naturaleza del conocimiento.	
<p>A. Las teorías empíricamente deficientes se desecharán; las que cumplan con las reglas de objetividad tendrán soporte empírico, se mantendrán y se buscará mejorarlas, siendo así el conocimiento de carácter acumulativo y progresivo.</p>	<p>B. Se propone una "relatividad histórica" para el conocimiento social, los patrones y reglas de actividad están sujetos a las vicisitudes de la historia en un momento dado.</p>
IV. Con respecto a la validación de la postura teórica.	
<p>A. Se busca la verificación de hipótesis, relacionando por ejemplo, los estímulos sociales con las respuestas de los individuos. La explicación o teoría, busca la "correspondencia" con el "hecho existente", si la hay, la teoría es válida y verdadera.</p>	<p>B. Se verifica o desecha dentro de un contexto que se acomode a los presupuestos teóricos: se ven cosas, si se tiene la capacidad conceptual de verlas. Son planteados como elementos importantes para la investigación: la "vivificación teórica", la no-rigidez, el no cegarse con un marco conceptual, el no impedir la viabilidad de otras posturas teóricas. Se propone concebir los conceptos teóricos como diversos elementos para la "interpretación" de la experiencia. Los datos, más que validar, tienen una función retórica dentro de una teoría específica.</p>
V. En cuanto a la implicación del que observa en lo observado.	
<p>A. La descripción final, es científica, sin sesgos. El observador es neutro en tanto registra sus datos, bajo las condiciones necesarias para ser "objetivo"; relaciona las entidades de la naturaleza sin sesgos de valor.</p>	<p>B. Los fundamentos de valor son inherentes al conocimiento social. Están presentes sesgos ideológicos e históricos alrededor de una teoría dada. Al describir el mundo de la experiencia, se reflejan las construcciones conceptuales y, en cuanto a cuestiones morales, se manifiesta una "intencionalidad" y/o un "pronunciamento silencioso".</p>

(Cfr. Gergen y Morawsky, 1980).

1.4 Críticas al Construccionismo Social

Al leer los presupuestos anteriores, sobresale el carácter ecléctico y relativista del CS, ante esto, sería oportuno mencionar que se le han hecho varias observaciones críticas que, a su vez, han sido contra argumentadas, lo cual resalta el carácter constantemente dialógico de la orientación. Como Gergen (1994a: 89) lo menciona:

"Desafiar las suposiciones predominantes sobre la generación y la función del conocimiento y explorar una visión alternativa es algo que amenaza los compromisos de larga duración y ampliamente compartidos con la objetividad, la verdad, los fundamentos racionales y el individualismo. [...] Estos problemas se complican, además, con las amenazas de la duda existencial, la inmersión en la ambigüedad continua, y la postura de tolerancia gelatinosa a las que parece invitar la alternativa construccionista."

Ibáñez (1994) retoma algunas de las críticas y presenta ciertas respuestas alternativas. Menciona que dada la importancia que se da a las "convenciones lingüísticas", se ha visto la propuesta construccionista como un "reduccionismo lingüístico" donde parecería que cambiar las palabras bastaría para cambiar la realidad. Con relación a esta observación, es señalada una confusión entre los planos epistémico y ontológico recalcando cómo las convenciones del lenguaje constriñen de manera que "no permiten generar a partir de [ellas] cualquier realidad y cambiarla a placer".

También se ha alertado sobre el riesgo de caer en "un relativismo radical", en este sentido se aclara que no obstante la relatividad de las construcciones, "...ciertas posturas son preferibles a otras: por ejemplo, (...) el relativismo es más aceptable que el absolutismo" (*Idem.*). A este respecto, Gergen (*op. cit.*) suele intercalar de manera constante en sus escritos, algunas advertencias en relación con ciertas preguntas que es útil hacerse sobre los propios discursos como, por ejemplo, ¿cómo funcionan nuestras construcciones, en qué rituales son esenciales, qué actividades se facilitan y cuáles se impiden, quién es desposeído y quién gana con tales discursos?, o bien, ¿cuáles son los beneficios y las pérdidas para nuestra manera de vivir, seguidas de cada enfoque, en qué

sentido estos discursos contribuyen a nuestro bienestar y en qué sentido están contra nuestros fines?, etcétera.

Otra crítica gira en torno al carácter de "reflexividad" de las alterantivas construccionistas, se ha dicho que podría volverse un planteamiento hegemónico; ante este peligro, se plantea la posibilidad de "desconstruir" los propios argumentos construccionistas, revisando "sin tregua las seguridades que se alcanzan" (Ibáñez, *op. cit.*). Tal como lo menciona Gergen (*op. cit.*) cuando se hace la observación de que el CS puede ser en sí mismo una construcción social, "al adoptar esta postura, el aspirante a crítico, en esencia, lo que ha hecho es reivindicar la posición construccionista".

Lo anterior se puede redondear parafraseando aclaraciones expresadas con respecto a ciertas confusiones surgidas ante los planteamientos construccionistas dentro de la psicología. A este respecto, Ibáñez (*op. cit.*) menciona que lo que se cuestiona, en gran medida, es el "estatus ahistórico" dado al conocimiento y son criticados y señalados también "los tremendos efectos de poder que conlleva la retórica de la verdad científica". No se cuestiona la especialización del saber, sino el poder que a ella se atribuye dada la oscuridad de la jerga manejada, la cual excluye la importancia de la intervención de la comunidad en la conformación del saber. No se pone en tela de juicio la utilidad de los conocimientos psicológicos para comprender y transformar la realidad, se recalcan tan sólo las consecuencias (por ejemplo estigmatizantes) de declarar que es posible saber acerca de la realidad "tal y como es".

Así pues, el CS no es una propuesta excluyente, en sí misma propone la posibilidad de que coexistan, no necesariamente que se hermanen o que convivan, simplemente que coexistan diversas propuestas hacia la construcción de conocimiento de la psicología:

"...estos argumentos no conducen a las conclusiones peligrosas de que la metodología tradicional es irrelevante para la descripción científica, de que puede ser abandonada sin que ello afecte al cuerpo de los escritos científicos y no ha de interesarse por la credibilidad de los científicos o por el valor societal del esfuerzo científico. Lo que aquí se afirma es que

la metodología no proporciona una garantía trascendente o libre de las ataduras contextuales para afirmar que determinadas descripciones y explicaciones son superiores ('más objetivas' o 'más ciertas') a otras." (Gergen, 1994a: 75-76).

1.5 El Posmodernismo como movimiento generalizado.

Tal como es mencionado en la literatura (Gergen, 1994a), buena parte de las manifestaciones críticas hacia la teoría de conocimiento identificada en este trabajo como tradicional, y entre las cuales se encuentra la crítica construccionista social, constituyen "la base del *giro posmoderno*" que se ha dado dentro y fuera de la psicología.

Incluir en este documento un apartado que haga referencia a dicho giro, tiene dos propósitos. Uno de ellos es mostrar que la posición crítica que caracteriza al CS, no es una manifestación que esté presente únicamente en el campo de la psicología, se han dado expresiones de esta naturaleza en otros campos de conocimiento y en las artes; otro, contextualizar al CS, como parte del movimiento más generalizado del *posmodernismo*, así como resaltar que el CS junto con otras voces alternativas dentro del mundo académico y artístico podrían ilustrar lo que anteriormente se denominó como "fase transformacional" hacia una nueva "inteligibilidad" sobre la construcción del conocimiento.

La corriente crítica posmoderna se ha expresado en múltiples campos de estudio tales como la crítica literaria, la filosofía de la ciencia y las artes, y surge como una alternativa a una visión modernista dominante la cual, entre otras cosas, se plantea la búsqueda de esencias, de bases, de fundamentos (Gergen, 1988 y 1991).

Una de las áreas donde empiezan a resaltar planteamientos alternativos importantes está en el Análisis Literario, por ejemplo, con el "Desconstruccionismo" de Jacques Derrida. De acuerdo con Gergen (1991), Derrida enfatiza cómo el significado de un término depende de su "diferencia" y de su "referencia" a otros términos, de manera que al leer un texto no se

llega a entenderlo según su esencia, sea ésta la intención del autor o las cosas en sí a las que se hace referencia, sino que se le modifica, se desconstruye y se le representa según el sistema de significados existente en el momento en que se aborde:

"Derrida se opone (...) a la idea de que las palabras sean el reflejo de las esencias (...) y propone en cambio que el lenguaje es un sistema en sí, de cuyas propiedades extraen las palabras la capacidad de crear un mundo aparente de esencias. (...). Y entonces cualquier cosa que se diga sobre el mundo (...) tiene que ser entrecomillada." (*Idem*: 145-146).

Haciendo referencia al lenguaje como "un sistema en sí", Gergen añade que se trata de "una forma cultural que debe su existencia a una colectividad participante".

El movimiento de la Hermenéutica dentro del campo literario, como en el caso del construccionismo social, constituye uno de los argumentos críticos del posmodernismo; retomando las observaciones de teóricos como Habermas, Ricoeur y Gadamer, se señala que la comprensión de un texto está limitada, en parte, por los prejuicios y el contexto histórico del lector y se explica cómo, en este orden de ideas, el proceso de entendimiento no resulta de revivir la experiencia de un autor (Gergen, 1989). Como se puede cotejar, esta idea se relaciona con el Desconstruccionismo de Derrida.

De manera semejante a como ocurre con el CS, la crítica posmoderna ha retomado del campo de la filosofía de la ciencia, planteamientos como aquéllos de Quine, Kuhn, Feyerabend, Lyotard, Rorty y Wittgenstein (Gergen, 1989 y 1991). Para ilustrar en el caso del posmodernismo la influencia de estos planteamientos se puede mencionar el caso de Kuhn (1962).

Dentro del campo de la física, Kuhn hace varias observaciones acerca del desarrollo de la ciencia. Plantea que la ciencia evoluciona en función de que se adopten ciertos "paradigmas", mismos que pueden definirse como modelos o patrones aceptados por los miembros de una "comunidad científica". Estos modelos llevan a los individuos de una comunidad a adoptar ciertos compromisos en su proceder, pues determinan, por ejemplo, el modelo

explicativo bajo el cual se trabaja, así como los componentes formales y los valores a tomar en cuenta para el fortalecimiento de este modelo (exactitud, cuantificación, coherencia, etc.). Para Kuhn, "un paradigma no gobierna un tema de estudio, sino, antes bien, un grupo de practicantes" (miembros de una comunidad científica). Cuando en el proceso de descubrimiento empiezan a surgir una serie de elementos que no se pueden explicar bajo el paradigma vigente (anomalías), pueden presentarse reconocimientos conceptuales y fácticos que lleven a la articulación de un nuevo paradigma.

Llama la atención la observación de cómo la "persuasión" de los afiliados al nuevo paradigma, y la "traducción" entre dos modelos explicativos virtualmente diferentes, son elementos importantes para que un nuevo paradigma domine. Al señalar estos elementos, el autor, si bien no hace referencia al proceso de intercambio lingüístico, sí se refiere a acciones que se realizan a través del lenguaje.

En cuanto al papel determinante que una cierta "visión del mundo" (paradigma) pueda tener en la comunidad científica, Kuhn, además de señalar la imposibilidad de referirse a algo sin tener una idea o paradigma previos, señala que:

"...los paradigmas no sólo proporcionan a los científicos mapas sino también algunas de las indicaciones principales para el establecimiento de mapas."
(*Idem*: 174).

No se presenta en la propuesta de Kuhn un amplio análisis acerca de la importancia de las convenciones lingüísticas para el "descubrimiento" de paradigmas, no obstante aborda y resalta estas cuestiones cuando se refiere al papel de las comunidades científicas. Así, afirma que:

"El conocimiento científico, como el idioma, es, intrínsecamente, la propiedad común de un grupo, o no es nada en absoluto. Para comprender esto necesitaremos conocer las características especiales de los grupos que lo crean y que se valen de él." (*Idem*: 319).

En el campo del arte también se confirma la presencia de opciones alternativas a las visiones modernas. Al irse perdiendo la idea de fundamento, surgen

propuestas donde los límites entre las categorías se desdibujan, y resultan de esto alternativas, digamos, híbridas (Gergen, 1991). En la música por ejemplo, se vuelve difícil distinguir el género musical en las obras posmodernas; para ilustrar esto, piénsese en el "Concierto para violín y DMIX" de Daniel Oppenheim, donde el violín se asocia con la música clásica mientras que el "DMIX" corresponde a una versión de la música electrónica.

En el campo de la producción literaria, tal como lo menciona Gergen, la idea de "facción" de Bruce Crowther es un ejemplo de cómo se fusionan los modos de escritura "fáctico" y "ficticio". Por otro lado, se menciona el caso de escritores como Milán Kundera, quien rompe con el esquema tradicional de escritura (trama definida, principio-clímax-final).

En arquitectura, la noción moderna de las "formas fundamentales" ha ido cediendo paso a construcciones heterogéneas. La idea modernista de estructura básica y funcional, es desplazada por una concepción posmoderna caracterizada, por ejemplo, por "columnas y arcadas clásicas, máculas de color brillante, trabajos de orfebrería y frisos que expresan las voces corrientes de la cultura" (*Idem*).

1.6 Implicaciones para el campo de la Psicología.

El movimiento posmoderno se reconoce también como "postestructuralista", dada la crítica a la "estructura subyacente" de un texto (Hoffman, 1992; Gergen, 1991). Dentro de la psicología, Hoffman (1990) propone como visiones modernistas: la perspectiva de la "estructura intrapsíquica" propuesta por Freud y la teoría piagetiana del desarrollo, que alude también al término "estructuras".

Tal como lo menciona Gergen (1988), el modernismo está, en gran medida, asociado con las ideas de mecanización, tecnología y ciencia. En este sentido, la psicología, que retoma "analogías" de las ciencias biológicas y físicas (White y Epston, 1990), tiene implícitas nociones modernistas para las que una visión posmoderna presenta alternativas. Así, las opciones posmodernas no distan mucho de aquéllas que el construccionismo social ofrece para el empirismo, no

obstante, es apreciable el énfasis en la crítica al fundamento y al método. Con respecto al método, en la literatura construccionista se alude no sólo a las críticas sobre la propuesta metodológica tradicional, sino también se ha mencionado que los mismos proponentes de la metodología tradicional empiezan a encontrar dificultades para sostener el planteamiento original. Por ejemplo, al hacer una amplia exposición sobre lo que considera "problemas metodológicos", Ibáñez (1990b: 130-131, *sic*) cita lo siguiente:

"Otro de los elementos que agudizó las dudas frente al método experimental fue la dificultad en *replicar* convenientemente los experimentos psicosociales. [...] los propios experimentalistas admiten que es prácticamente imposible replicar con éxito un experimento de psicología social:

La norma en psicología social es que no se consigue replicar los resultados (Kenny, 1985, p.492).

...el fracaso en replicar los resultados psicosociales, cuando lo intenta un investigador crítico, constituye más frecuentemente la regla que la excepción en el campo de la psicología social (Baumrid, 1983, p.1290)

Estas citas [...], constituyen la más implacable de las críticas al experimentalismo en las ciencias sociales..."

Tal como señala el autor, se alude al método experimental dentro de la psicología social, y lo que aquí se desea resaltar es el carácter de "auto-reflexividad" que, según Ibáñez (*op. cit.*), caracteriza al ser humano sea cual sea su área de estudio, dando lugar a manifestaciones donde se llega a poner en tela de juicio la propia perspectiva.

En el cuadro 1.2 se presentan cuatro puntos básicos que menciona Gergen (1988) como distinción entre la visión modernista y la posmoderna para el caso de la psicología.

La noción modernista de objetividad está apoyada, en parte, por la idea de separación entre observador y observado, quedando este último como entidad

manipulable según sus respuestas al medio, desde estímulos de laboratorio, hasta las preguntas de un cuestionario o ciertas estrategias terapéuticas.

Cuadro 1.2 Modernismo y Posmodernismo

Visión Modernista	Visión Posmoderna
1. Objeto de estudio básico: se está de acuerdo en la necesidad de encontrar "una materia de estudio básica".	1. Objeto de estudio evanescente: más que uno solo, pueden existir múltiples objetos de estudio, según las convenciones sociales y retóricas.
2. Propiedades universales: al hallar los principios rectores del objeto de estudio, no sólo se pueden generalizar a otros tiempos, situaciones o personas, también se puede predecir en función de ellos.	2. De las propiedades universales a la reflexión contextual: las "circunstancias históricas", las "raíces del discurso", sus "límites", los "patrones culturales", son elementos a tomar en cuenta en la "reflexión contextual".
3. Método empírico: se puede llegar a la verdad a través del "método", quedando libres las conclusiones de sesgos valorativos o ideológicos.	3. La marginación del método: son posibles diversos métodos, y las conclusiones a las que se llegue serán "verdades" en función de la validación "social" en torno a ellas, y no según su "correspondencia" con la "realidad". No se piensa en una "marginación" entre "conocedor" y "conocido", se les piensa más bien en una "interrelación".
4. La investigación como algo progresivo: en cuanto estén bien aplicados los "métodos empíricos", es factible ir acumulando conocimiento acerca del "carácter fundamental" del "objeto de estudio".	4. La gran narrativa del progreso: la noción de "progreso" se asocia con el discurso (narrativa) occidental de la búsqueda de la "victoria". La investigación es articulada según la "narrativa" o "punto de vista" prevaleciente.

(Cfr. Gergen, 1988).

Dentro de la psicología, pueden considerarse como "precursores transitorios" entre la visión moderna y la posmoderna, al cognoscitivismo y al neohumanismo, pues desafían la idea de un sujeto totalmente manipulable: el primero al enfatizar los procesos internos del individuo y el segundo al considerar la noción del ser humano como agente moralmente libre (Gergen, 1989). No obstante, tales corrientes dejan de lado cuestiones que la visión posmoderna retoma al hablar de la construcción del conocimiento:

"Con el asalto del posmodernismo sobre la relación triple entre la naturaleza, la mente y las palabras, se pone en entredicho el dualismo y su búsqueda de los fundamentos del conocimiento. [...], desde la perspectiva posmodernista el conocimiento no es una posesión de la mente, las palabras no son reflejos de la mente, y tampoco están limitadas por la naturaleza [...] se considera que la fuente principal de las palabras radica en la relación social." (*Idem*: 169).

En la cita anterior se corrobora nuevamente el cuestionamiento a la búsqueda de fundamentos y se puede ubicar como tema común, entre el posmodernismo y el construccionismo social, la importancia que se da a la interacción social. Por otro lado, el que ésta última sea la fuente de las palabras, puede extrapolarse al significado derivado del intercambio social. Esta noción se nutre, en gran medida, con las últimas ideas de Wittgenstein quien, siguiendo a Gergen (1991: 139):

"...propuso que nuestras palabras no son descripciones o imágenes de lo que "es la cuestión". [...] no son planos de la realidad, sino que cobran significado a través de su uso en el intercambio social, en los "juegos del lenguaje" de una cultura."

En este orden de ideas se pueden entender las "prácticas de objetivación" de las que hablan algunos autores (Ibáñez, 1994; Berger y Luckmann, 1966), donde obedecer a ciertos acuerdos retóricos suele contribuir a la edificación de la "retórica de la realidad" heredada de la visión modernista. Así, la utilización del modo impersonal con el uso del pronombre "se", la recurrencia al nosotros, el empleo de verbos de pensamiento y de percepción, así como el uso de términos muy especializados, pueden ser ejemplos de los recursos retóricos que favorecen, en la psicología, la idea de realidad objetiva (Gergen, 1989).

Como en el caso del construccionismo social, podría parecer que la propuesta posmoderna buscara volver obsoletas las prácticas sociales y retóricas asociadas al empirismo, empero, no parece ir en ese sentido la crítica posmoderna:

"En la práctica se puede tener fe en la ciencia, y en otras empresas que se hacen llamar objetivas, siempre que se esté dispuesto a aceptar un conjunto determinado de convenciones. Pero cuando estos lenguajes traspasan las fronteras de lo práctico y son considerados como verdades de trascendental importancia [en lo que subyace la idea de poder y autoridad], se hace necesario adoptar una postura crítica." (*Idem*: 184).

Los recursos retóricos posmodernos: perspectivas, puntos de vista, lecturas, narrativas, etc., tratarán de remarcar la relatividad contextual y consensual

de los discursos acerca del mundo conformados en la relación social (Gergen, 1985).

Conforme a lo que se ha expuesto hasta aquí, posmodernismo y construccionismo social podrían coincidir en cuatro aspectos:

- Críticas y alternativas a la visión modernista empírica.
- Énfasis en el estudio de las interacciones sociales: acuerdos, consenso, negociación, etc.
- Énfasis en el estudio del lenguaje, convenciones lingüísticas.
- Énfasis en los contextos cultural e histórico.

Más allá de las implicaciones epistemológicas y heurísticas, al igual que en el caso del CS, algunas reconceptualizaciones de lo que Hoffman (1992) llama las "vacas sagradas" dentro de la psicología, coincidirán con los planteamientos posmodernos.

Consecuentemente, el Yo, más que ser visto en términos de una estructura en constante reificación, es concebido como una "extensión de la historia en movimiento" (Hoffman, 1992), como una narrativa dentro de un contexto de significación social, más que intrapsíquico (Lax, 1992).

Gergen (1991) analiza las implicaciones del desarrollo tecnológico al servicio de la eficiencia comunicativa, el cual hace accesible a los individuos una multiplicidad de perspectivas. Seguido de lo anterior, el autor plantea la idea de saturación dada la diversidad de maneras en que se puede "ser"; sobre esta línea, invita a jugar dentro de las diversas construcciones comunitarias, con la idea recurrente de que "a la postre lo único que nos queda es el perspectivismo".

En el campo de la psicología del desarrollo, existen críticas relacionadas con la noción de niveles de desarrollo, puesto que si se les considera invariables y no hay ajuste al modelo de desarrollo, queda implícita la noción de anormalidad (Hoffman, 1990 y 1992). Por otro lado, pensadoras feministas, como Carol Gilligan, han señalado cómo las teorías de desarrollo enfatizan como meta última/óptima, la autonomía, la independencia o el control. El hecho de que

estas características estén tradicionalmente asociadas al sistema de valores masculino, puede verse como un sesgo explicativo no muy favorecedor para las mujeres porque se devaloran características como dependencia, sentimiento de responsabilidad o algunas otras, asociadas al género femenino (Hoffman, 1990).

Dentro del campo de la investigación, aparecen críticas feministas hacia la visión empírica. Por ejemplo, con la idea de separación entre observador y observado, aquéllos que esperan ser comprendidos tienden a ser manipulados y alienados, además se dice que la visión empírica parece haber estado en manos de varones, y que las visiones de la mujer, así construidas, han contribuido a su subyugación (Gergen, 1985).

Otra de las "vacas sagradas", que cita Hoffman (1992), es el estudio de los niveles. Como ejemplo de ello, en el caso de la terapia familiar las primeras aproximaciones derivadas de la teoría general de sistemas hacían pensar en la inclusión de un sistema menor en un sistema mayor influyente, lo cual lleva a contemplar cuestiones de posición jerárquica. En un intento de superar esta noción unidireccional de influencias, Hoffman cita una serie de "capas" comunicativas propuestas por Pearce y Cronen: el acto del habla, el episodio, la relación, el rol de la vida, el mito familiar, y el programa cultural. Esta visión proporciona una alternativa a la visión jerárquica porque supone una influencia bidireccional, ya que los primeros niveles pueden ser contexto para los últimos y viceversa. El problema de la jerarquía en los sistemas humanos es, así, reubicado dentro de un "sentido lateral".

Como se resaltó anteriormente, existen otras reconceptualizaciones en la corriente del CS de conceptos clásicos de la psicología como el Yo, la mente o la terapia. Excede a los propósitos de este documento desarrollar cabalmente cada una de estas reconceptualizaciones; no obstante, fue preciso mencionar que existen y forman parte de la literatura construccionista. En el caso de las reconsideraciones hechas en el campo de la terapia, se hará una presentación sobre dos de ellas, la "perspectiva colaborativa" y la "perspectiva del equipo reflexivo", en el capítulo siguiente.

2. Lo que funciona en terapia: estudios y observaciones

"...aunque la investigación sobre los efectos de la intervención terapéutica llevan a conclusiones de ambigüedad interminable, resulta claro que muchos de los que han buscado ayuda *creen* que la comunidad terapéutica desempeña un papel vital y humano en la sociedad contemporánea." (Gergen, 1994a: 183, sin cursivas en el original).

La palabra terapia proviene del término griego "therapeía" y tal como esta palabra y sus derivados se usaban en la antigua Grecia, remiten a los significados de cuidado, servicio, atención, respeto, culto y adulación a lo divino. A lo largo de la historia podríamos hablar de diferentes "deslizamientos conceptuales" que tuvo la palabra terapia, desde la antigua Grecia, pasando por el Cristianismo, hasta la medicina moderna. En la medicina moderna, la palabra se refiere a un tratamiento administrado por un terapeuta para procurar la salud del cuerpo, dejando de lado significados originales sobre el cuidado de sí mismo, "cultivo a sí mismo", relacionados con el logro de la libertad de una persona: "para conducirse bien y practicar la libertad como era debido, para los griegos y romanos de la antigüedad era indispensable ocuparse y cuidar de sí para conocerse, formarse y superarse a sí mismo, así como para controlar los apetitos que podían dominarlos" (Limón, 1999: 8).

Al parecer, ninguna de las acepciones originales del término (originales en el sentido de que son de las primeras acepciones de las que se tiene registro en la historia) incluye en sí misma la noción de algo que no funcione, algo que no sirva, algo que no sea útil. Retomando la idea de Limón (*op. cit.*), para cada palabra o grupo de ideas podríamos rastrear en la historia los "deslizamientos conceptuales", las "emigraciones" de significado que dadas ciertas prácticas sociales suelen acompañar a un mismo término en diferentes momentos de la historia. De esta manera, es curioso que actualmente el término terapia (o psicoterapia aludiendo a una cualidad mental o psíquica) nos presente en su significado las alternativas de una terapia que sí funciona en contraposición con una que no funciona, una terapia "efectiva" en contraposición con una terapia "no efectiva". ¿Cuáles son las prácticas sociales que acompañan históricamente a la posibilidad de hablar en términos diferenciales de una terapia efectiva y de una que no lo es?

Atendiendo a la circunstancia histórica actual que nos brinda los "recursos retóricos" (Gergen, 1989) para hablar en términos de una terapia que funciona, que es útil a diferencia de una que no lo es, se exponen a continuación una serie de estudios que se han llevado a cabo sobre el tema, de acuerdo con dos vetas principales de investigación: la veta de la investigación apoyada en la estadística y la veta de observaciones de algunas perspectivas terapéuticas que, sin proponerse abordar únicamente el tema de lo que funciona en terapia, al exponer sus planteamientos suelen aludir a él de manera recurrente.

2.1 La veta de la investigación estadística

El objetivo de este apartado del trabajo es dejar claro la existencia investigación que involucrando técnicas estadísticas y procedimientos de tipo cuantitativo para recabar y analizar sus datos, sienta las bases para hablar de utilidad o efectividad terapéutica.¹

Tal como lo menciona Schön (1983: 11), entre la década de los años 60 y la de los años 80 las profesiones en general gozaron de una confianza por parte de la sociedad en el sentido de que garantizaban soluciones y opciones ante las demandas del grupo social, eran vistas como una "panacea". Según este mismo autor, a principios de los años 80 se empieza a observar una crisis de confianza y legitimidad hacia el "conocimiento profesional". Se predicen ciertas cosas en el discurso profesional, que no se corresponden con la efectividad que se tiene y, por tanto, se cuestiona la adecuación que existe entre el conocimiento profesional y las necesidades y problemas de la sociedad.

Siguiendo con este mismo autor (*op. cit.*: 107), entre 1965 y 1981 "el cuestionamiento acerca de la efectividad terapéutica toma una forma legislativa", el Congreso de los Estados Unidos pedía pruebas sobre la efectividad, como condición de pago a los terapeutas remunerados bajo la forma de pago de tercera parte ("third party payments").

¹ Gran parte de las referencias consultadas para esta sección se encontraron en una sección dedicada a la efectividad terapéutica de la página electrónica de la APA (Asociación Psicológica Americana): www.apa.org/practice/peff.html.

Lo anterior es parte de un contexto histórico en el que surge una serie de estudios dedicados a verificar la utilidad, efectividad de tratamientos terapéuticos. Buena parte de estos estudios retoman la estrategia metodológica del "meta análisis", que consiste en "una aproximación cuantitativa para revisar y evaluar un cuerpo de literatura" (Kazdin, 1985).

Así, Smith y Glass (1977), presentan un estudio sobre 375 "evaluaciones controladas" de la terapia, que verifica la eficacia de la terapia, a través de la mejoría observada en las personas que asisten a terapia, con respecto al 75% de pacientes que no asisten a terapia. Estas mismas autoras concluyen que los resultados obtenidos a través de diferentes tipos de terapias (por ejemplo conductuales, rogerianas, psicodinámicas, racional emotiva y análisis transaccional), no presentan diferencias significativas en cuanto a su efectividad.

En otro estudio donde se hace un meta análisis de 475 estudios sobre la efectividad en terapia, Smith (1982) concluye que la edad y el diagnóstico del paciente, el entrenamiento y experiencia del terapeuta, y la duración y el tipo de terapia, presentan poca correlación estadística con respecto al resultado de la psicoterapia.

Por su parte, Casey y Berman (1985), llevan a cabo un análisis de 75 estudios publicados entre 1952 y 1983, cuyos resultados muestran que la terapia con niños presenta una efectividad similar que la terapia con adultos.

De la misma manera, Howard *et al.*, (1986), presentan un estudio donde manifiestan que para la octava sesión de tratamiento, alrededor del 50% de los pacientes presentaron una mejoría considerable y, para la sesión número veintiséis, aproximadamente el 75% de los pacientes presentaban dicha mejoría.

Parte de las conclusiones anteriores parecen corroborarse en estudios más recientes. Por ejemplo, Shadish *et al.* (1995) dentro del campo de la terapia familiar presentan los resultados de un meta análisis donde se habla a favor de la efectividad de la terapia, y a favor de que "ninguna orientación [terapéutica] demuestra aún ser superior a otra". En este estudio, los autores aluden a una falta de "significatividad estadística" y de "significatividad clínica" (que incluya criterios clínicos como, ausencia de malestar, para determinar la efectividad),

en las diferencias encontradas entre los resultados de diversos tratamientos, entre ellos, modelos de terapia familiar y de pareja.

Ciertas observaciones críticas se han hecho con respecto a estudios que comprenden la técnica del meta análisis. Son estudios que tienden a hablar más de los resultados que del proceso clínico (Pinsof y Wynne, 1995); se ha observado que el tipo de medición puede afectar la "medida" de efectividad, por ejemplo, mediciones hechas con registros conductuales, generalmente resultan en mayor efectividad; se ha visto que los tratamientos estandarizados incrementan el resultado de efectividad; o bien, como pocos estudios de esta naturaleza abordan el tema del proceso relacionado con el éxito, es escaso lo que se puede definir para la implementación de tratamientos a partir de los resultados de este tipo de estudios (Shadish *et al.*, 1995).

Una alternativa que se ha propuesto (*Idem.*) para resolver este "dilema" de investigación tiene que ver con que se llegue a un consenso en relación con los criterios para evaluar un tratamiento, "necesitamos igualar los cómo antes de poder comparar los qué". Esta propuesta es algo difícil de implementar si pensamos que cada modelo u orientación terapéutica corresponde a un paradigma diferente (Kuhn, 1962) que en sí mismo suele delimitar sus "medios de demostración" y "verificación".

A partir de estudios como los mencionados anteriormente, dos conclusiones generales parecerían claras: la terapia funciona, y no aparecen diferencias en cuanto a sus resultados y efectividad entre diferentes tipos de terapia. Dichas conclusiones, como se verá en el siguiente apartado, son el punto de partida para los autores que hablan de ciertos "elementos comunes" a todo tipo de tratamiento.

2.2 La perspectiva de los factores comunes

La información que contiene este apartado está inspirada básicamente en dos publicaciones recientes que en gran medida se apoyan en investigaciones de corte estadístico como las que se mencionaron anteriormente, y que pueden ser interpretadas como una "medida de alerta" para el campo de la salud

mental que tiene que ver con el diseño de programas académicos e implementación de tratamientos psicoterapéuticos.²

En términos generales se reconoce que no es mucha la investigación de corte interpretativo que existe actualmente sobre el tema de utilidad terapéutica, no obstante, algunos estudios de corte cualitativo proporcionan líneas de reflexión sobre el tema.

Siguiendo a Hubble *et al.*, (1999a) desde la década de los años 60 ha crecido el número de modelos clínicos en un 600%, se estima que existen más de 200 modelos terapéuticos y que exceden el número de 400 las técnicas asociadas con los diferentes modelos. Por otro lado, se menciona que con base en 40 años de investigación sobre los resultados de la terapia, como se citó anteriormente, no parece haber evidencia acerca de que un modelo sea mejor que otro. Dicho lo anterior, los autores se plantean una interrogante: ¿por qué existe en el medio psicoterapéutico tanta insistencia por parte de los proponentes de diversos modelos en diferenciarse unos de otros? La respuesta que dan es simple y tiene que ver con que la psicoterapia se ha convertido en un "mercado", cuyos principales consumidores son otros terapeutas.

Como lo menciona Coyne (citado en Miller *et al.*, 1997: 11), "una manera de distinguir un modelo de tratamiento de otros [...], consiste en desarrollar un lenguaje o forma de hablar especial acerca de la teoría y las técnicas que son exclusivas a dicho modelo", así el profesional de la psicoterapia asiste a lo que equivaldría a estar en una "torre de babel moderna", donde, como lo menciona Schön (1983: 17), el profesional se confunde y por ello acaba escogiendo o haciendo su propia combinación o modelo.

Existe evidencia de la escasa relación entre el entrenamiento, la educación o experiencia y la efectividad que se tiene como terapeuta, en este sentido, Miller *et al.* (*op. cit.*) plantean un cuestionamiento sobre los códigos éticos de

² Las publicaciones a las que se alude son: Escape from Babel, Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice, por Miller, Duncan y Hubble (1997), y The Heart and Soul of Change, What Works in Therapy, por Hubble, Duncan y Miller (1999a). El presente apartado puede leerse no sólo como una sección donde se presenta la información contenida en estos volúmenes, sino como una exposición que resulta de una lectura crítica del contenido de las obras, en otras palabras, un ejercicio de deconstrucción de las obras.

diversas asociaciones psicológicas, donde se estipula que el profesional use técnicas "para las que está entrenado y que pueda usar competentemente" y donde suele hacerse menos énfasis en el hecho de que el modelo utilizado funcione o sea útil. En otras palabras, pareciera importar de manera especial el poseer competencia y el estar entrenado, más que el resultado en sí de un tratamiento terapéutico.

No es raro escuchar entre los terapeutas, colegas que se autodefinen como "eclecticos", en relación con esto, Miller *et al.* (*op. cit.*), resaltan que "el practicante ecléctico es un mito", ya que el profesional suele utilizar estrategias de cuatro modelos u orientaciones terapéuticas en promedio.

Con base en una idea acerca de que existen ciertos "factores comunes" a todo tipo de tratamiento y basados en los cuestionamientos que surgen a partir de las conclusiones de los estudios sobre efectividad terapéutica, los autores plantean la opción de "construir un lenguaje unificador para la práctica de la psicoterapia". Vale la pena mencionar que lo anterior obedece, en gran medida, a una contingencia histórica propia del contexto estadounidense, donde parece que las compañías aseguradoras y las instituciones jurídicas y gubernamentales intentan ganar "el control de la profesión" de los terapeutas favoreciendo una sola forma de hacer terapia.

A pesar de reconocer el contexto político que puede dar origen a la propuesta de los factores comunes, en esta investigación se retoma el planteamiento porque es material para abundar en la reflexión sobre lo que sucede en el encuentro terapéutico en el caso de población mexicana.

Años antes de todos los estudios que se han mencionado hasta este momento, Rosenzweig (citado en *Idem.*) habló de que la efectividad clínica de diferentes terapias dependía de sus elementos comunes. Por su parte, Frank (citado en *Idem.*) habló de un grupo central de factores como responsables de los resultados semejantes entre diferentes modelos de tratamiento.

Es Lambert (citado en Hubble *et al.*, *op. cit.*) quien, a partir de un trabajo terapéutico llevado a cabo con veteranos de guerra, propone cuatro "factores comunes" a todo tipo de tratamiento, en otras palabras, cuatro "elementos no específicos" de algún tipo de terapia.

Tal como lo narran Asay y Lambert (1999), una primera pregunta de investigación, ¿qué hace que la terapia funcione?, dirige la atención hacia las diferencias de efectividad entre las escuelas, cuando en este punto no se encuentran diferencias significativas, entonces se plantean tres posibles respuestas:

1. Distintas terapias alcanzan resultados similares a través de diferentes procesos;
2. Sí se alcanzan diferentes resultados entre los modelos, pero las estrategias de investigación no los detectan;
3. Y diferentes terapias tienen "factores comunes" que son "curativos", aunque la teoría de cambio de cada una de ellas no lo reconozca.

Tal como se apreciará en este apartado, la propuesta deriva de la tercera respuesta y, a la vez, pregunta de investigación.

2.2.1 Factores del cliente

El primer grupo de factores corresponde a los factores del cliente, también considerados como "extra-terapéuticos" (Miller *et al.*, *op. cit.*). Un 40% de la varianza en el resultado de un tratamiento es atribuible a estos factores, que tienen que ver con "variables del cliente" como, por ejemplo y según el modelo terapéutico, "la severidad del disturbio", "la motivación", "la capacidad para relacionarse", "la fuerza yoica", "la disposición psicológica" y la "habilidad para identificar un problema específico" (Lambert, citado en Asay y Lambert, *op. cit.*).

Como parte de estas "variables del cliente" están aquellos aspectos que pueden mejorar sin intervención psicoterapéutica, las "mejorías espontáneas" por parte del cliente, por ejemplo, para algunos terapeutas dentro del modelo orientado a soluciones existen "cambios pre-tratamiento" que se dan entre la primera llamada y la primera sesión con el terapeuta (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Nótese el tipo de lenguaje utilizado para hacer referencia a estos "factores extraterapéuticos", es un lenguaje relacionado con "constructos teóricos", dado que se trata de conclusiones obtenidas a partir del estudio llevado a cabo

sobre otros estudios sobre "lo que funciona en terapia". Si Asay y Lambert son psicólogos que reportan sus conclusiones sobre los estudios llevados a cabo por otros psicólogos, ¿la voz de quién estamos escuchando en estas observaciones hacia los factores extra terapéuticos?

A los elementos anteriores, Miller *et al.* (*op. cit.*), añaden como factores del cliente: las "fortalezas", los "recursos", la "capacidad de crecimiento", la "habilidad para procurarse ayuda y apoyo" de otros significativos, así como algunos "eventos azarosos" en la vida del cliente. Estos mismos autores manejan la idea de que los factores del cliente podrían explicar el éxito de los métodos de autoayuda.

Por su parte, Tallman y Bohart (1999) mencionan cómo los factores del cliente también pueden ser entendidos en función de "la capacidad del cliente para autocurarse". Estos mismos autores hablan de que muchos factores comunes que se encuentran en los estudios, podrían ser vistos como "factores del cliente disfrazados", de hecho, proponen que si se toma en cuenta que el cliente tiene un papel preponderante en la relación terapéutica (entendida como uno más de los recursos del cliente que "opera las capacidades de autocuración y autogeneración") y que otros factores como los factores placebo tienen que ver directamente con el cliente, entonces "el cliente es responsable del 70% de la varianza en el resultado de la psicoterapia".

La veta de reflexión que introducen Tallman y Bohart (*op. cit.*) entra en cierta oposición con los resultados generales expuestos hasta aquí, sobre la afirmación de que "la terapia funciona". Los autores citan estudios donde no se encuentran diferencias significativas entre la efectividad de profesionales y paraprofesionales. Así mismo, son mencionados estudios que muestran igualdad de resultados en cuanto a la autoayuda y la ayuda profesional. Buscando apoyo para un "modelo de generatividad y autocuración del cliente", Orlinsky *et al.* (citado en *Idem.*) proporciona un argumento más a los autores cuando supone que existe "un poderoso sistema terapéutico endógeno" en el ser humano. Si esto es así, ¿dónde queda la terapia?, ¿a qué responde la afirmación de otros autores, en esta misma línea de los factores comunes, acerca de que la terapia funciona?

Al ahondar sobre los factores del cliente, Tallman y Bohart (*op. cit.*) los describen como un "involucramiento del cliente", entendido en términos de su

participación, su cooperación y, más aún de la "calidad" de dicha participación y cooperación en el encuentro terapéutico. ¿En qué consiste dicha calidad y cooperación?, no parece quedar claro. Mencionan también el papel que tienen "las metas y la motivación" del cliente, las metas pueden ser un equivalente de la motivación, la cual puede estar relacionada con las expectativas acerca de si la terapia funciona o no. ¿Qué tipo de relación guarda esta "motivación" con las "expectativas" esperanzadoras hacia el tratamiento?, no parece quedar claro.

Como muchos otros autores bajo la perspectiva de los factores comunes, Tallman y Bohart (*op. cit.*) parecen pronunciarse a favor de la importancia que tiene la percepción del cliente sobre lo que es ayudador, para determinar lo que es útil en terapia. A este respecto se menciona que los clientes suelen sentir como elemento ayudador el "tener un tiempo y un lugar para centrarse en sí mismos y hablar", el "tener a alguien que escucha, se preocupa por y entiende, anima y da consejo".

Siguiendo a Maione y Chenail (1999) existen pocos estudios cualitativos que abunden sobre el significado los factores relativos al cliente. Para estos autores, las investigaciones cualitativas que existen proporcionan "evidencia de la influencia activa" y, en este sentido, "agencia del cliente en el proceso terapéutico".

Un estudio llevado a cabo por Rennie (citado en *Idem.*), proporciona evidencia acerca de que "la experiencia de contar la historia" como paciente, conduce a un mayor "autoentendimiento, sentimiento y contacto con el malestar interior". Este mismo autor, analiza la "reflexividad" del cliente y muestra cómo los procesos de pensamiento del mismo, estaban activos durante el curso de la psicoterapia.

La interpretación que Tallman y Bohart (*op. cit.*) hacen con base en estudios similares a estos, se dirige a evidenciar el papel del cliente que "deliberadamente refuerza una línea del terapeuta", "dirigiendo el proceso" de múltiples maneras. Como veremos más adelante, esta observación hacia una "dirección deliberada" se opone, en cierto sentido, a investigaciones cualitativas que señalan ciertos "privilegios" de los que goza el terapeuta durante las conversaciones terapéuticas, dados los cuales uno podría pensar que es el terapeuta quien dirige. Entonces, ¿quién dirige el proceso terapéutico?

Con respecto a la "participación activa" del cliente, Elliott (citado en *Idem.*) resalta el hecho de que cuando los terapeutas cometen errores, los clientes "los ignoran y usan lo que les beneficia". Los comentarios anteriores apuntan hacia una visión diferente sobre el papel del cliente en terapia, en el sentido de que no se ve a los clientes como agentes pasivos, sino como:

"agentes activos, trabajando creativamente para obtener del terapeuta lo que quieren y necesitan, protegiéndose cuando es necesario, y apoyando activamente al terapeuta cuando piensan que el terapeuta lo necesita". (*Idem.*: 110).

En cierta oposición con lo anterior, Bachelor (citado en Bachelor y Horvath, 1999) plantea que muchos clientes suelen no reconocer la importancia de su participación activa en el tratamiento, pasando por alto que su contribución es valiosa, o bien, asumiendo que "el terapeuta es el experto".³

En un estudio reportado por Winefield *et al.* (citados en Maione y Chenail, *op. cit.*), se observa cómo el uso creciente de las preguntas del tipo "tag questions"⁴ en los pacientes era signo de una sensación de mayor comodidad en el paciente, pues constituía una forma de incorporar las observaciones de su terapeuta. Así mismo, existe un trabajo que muestra cómo en la "presentación del problema" por parte del cliente, se entrelazan "un contar, un culpar y un rendir cuentas" (*Idem.*).

Como vemos, más allá de las voces de los terapeutas, para dar cuenta de estos factores del cliente, es necesario recurrir a las voces de los clientes como una manera de saber, según ellos, qué tiene lugar dentro del encuentro terapéutico.

Una línea de investigación que puede ser parte de la argumentación a favor de los factores del cliente es la de Prochaska (1999). Con base en investigaciones que muestran que los clientes suelen pasar menos del 1% de sus horas de vigilia en terapia, este autor plantea que la interrogante no es "¿cómo cambia la gente

³ Llama la atención la connotación "poco favorable" que adquiere bajo este comentario de la autora la idea en el cliente de que "el terapeuta es el experto", dado que parece ser parte de lo que explica cierta pasividad por parte del cliente.

⁴ Este tipo de preguntas podrían corresponder al "¿sí?, ¿no?, ¿no crees?" en lengua hispana.

en terapia?", sino "¿cómo cambia la gente?" y, desarrollando esta última interrogante, expone seis etapas de cambio comunes a todo ser humano.⁵

2.2.2 Factores de la relación terapéutica

Al siguiente grupo, el de los factores de la relación terapéutica, se le atribuye el 30% de la varianza del resultado terapéutico (Lambert, citado en Asay y Lambert, *op. cit.*). Gran parte de la investigación reportada sobre estos factores empieza con la orientación "centrada en el cliente", se habla de ciertas condiciones que son necesarias para lograr el "cambio de personalidad" en el paciente, condiciones fundamentales para una "buena alianza terapéutica". En este punto, lo que parece "hacer la diferencia" para hablar de una "buena relación terapéutica", reside en los factores de relación que el cliente percibe, más que en las percepciones de algún observador externo (*Idem.*).

Así, algunos estudios muestran que los terapeutas "más efectivos" desde la percepción de los clientes muestran conductas positivas como: "calidez", "comprensión" y "aserción" ("affirmation"), en contraposición con conductas negativas como: "culpar", "ignorar", "negar", "atacar" y "rechazar" (Hubble *et al.*, 1999a).

Nótese que se mencionan únicamente tres conductas positivas y que dicha mención alude a ellas aisladamente, se da por sentado que son parte de la relación terapéutica, pero no parece abundarse más allá de que dichas conductas están presentes.

Tal como lo mencionan Asay y Lambert (*op. cit.*), es Freud el primero en hacer alusión a la "alianza terapéutica" y la mayor parte del trabajo empírico sobre la misma, ha sido generado por investigadores psicodinámicos. Para Freud existían tres aspectos de la relación terapéutica: la transferecia, la contratransferencia y la asociación positiva del terapeuta con personas agradables y "benevolentes" del pasado del cliente (Bachelor y Horvath, 1999).

⁵ Las etapas de cambio a las que se alude son: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación (Prochaska, 1999).

Respecto a la importancia de la relación terapéutica, se ha constatado que casi todas las escuelas de psicoterapia reconocen su trascendencia. Además, se ha visto que la fuerza del vínculo no parece depender del tiempo que ha durado la relación y que la calidad de la participación, la motivación y el compromiso del cliente, pueden verse afectados por el tipo de relación con el terapeuta (Miller *et al.*, 1997).

En general, cuando se mencionan en la literatura los elementos relativos a la conducta que se ve afectada por la relación terapéutica, se les suele enunciar por separado y, a pesar de que conceptualmente se concibe la relación terapéutica como el cliente y el terapeuta juntos, no suele explicitarse en qué consiste "la relación" entre las conductas del cliente y lo que lo afecta de la relación terapéutica. El hecho de que no se establezcan este tipo de relaciones, ¿hasta dónde puede estar relacionado con la estrategia de investigación?

Un constructo que normalmente se utiliza cuando se habla de la relación terapéutica es el de "empatía". Tal como lo mencionan Maione y Chenail (1999), muchos estudios cualitativos identifican como característica de una buena relación terapéutica la empatía del terapeuta, el "estar involucrado" en el proceso terapéutico, "entendiendo y comprendiendo" lo que está pasando. Nuevamente, a manera de características sueltas, los autores hablan de la "aceptación", la "empatía", el "cuidado", la "competencia", el "apoyo", y el "ser persona", como rasgos del terapeuta con buenas relaciones terapéuticas.

Como parte de este constructo de empatía, Miller *et al.* (*op. cit.*) señalan la importancia de que el terapeuta sea percibido por el cliente como "tratando, luchando por entender" aquello que es significativo e importante para el cliente. Además de la empatía, los autores mencionan el "respeto", resaltando el "asumir que todos los clientes pueden alcanzar por sí mismos vidas más satisfactorias", como significado para el término "respeto".

Al hablar del "ser genuino" del terapeuta, los autores resaltan un "ser auténtico", "humilde", como parte de ese ser genuino, donde la humildad es entendida como capacidad de aceptar crítica y asumir errores. Además de lo anterior, se habla de la "validación" percibida por el cliente, entendida como una forma de "legitimar y justificar" la preocupación del cliente y el hecho de que su problema "existe" y tiene "significatividad" para él.

Es interesante observar que los significados que proporcionan Miller *et al.* (*op. cit.*) para estos cuatro elementos de la relación terapéutica (empatía, respeto, ser genuino, validación) no necesariamente corresponden a significados de los clientes.

Por otro lado, existen otras definiciones de empatía que incluyen "al otro" en sí mismas, sin dejar únicamente la impresión de que es una forma de ser del terapeuta independientemente de su paciente. Así, hay autores que la definen como "el compartir afecto", "compartir la emoción percibida en otro, 'sentir con' otro" (Eisenberg y Strayer, 1987). Independientemente de las diversas perspectivas teóricas que dan origen a las diferentes concepciones, se hace aquí el énfasis de que no es lo mismo un terapeuta con una serie de "características", que un "compartir" y un "sentir con el otro", en un caso el vocabulario nos remite al individuo, en el otro podría remitirnos a la relación (Gergen, 1994a).

La empatía, el ser genuino, y el mantener una mirada positiva "incondicional", son tres cualidades en el terapeuta que "hacen que una relación sea curativa", identificadas por Rogers dentro del modelo centrado en el cliente (Bachelor y Horvath, *op. cit.*).

Gelso y Carter (citados en *Idem*:137) definen la relación terapéutica como aquellos "sentimientos y actitudes que tienen los participantes en la consultoría uno hacia el otro, y la manera en que éstos son expresados". ¿En qué consisten esos sentimientos y actitudes?, ¿en qué consiste la manera en que son expresados?, no siempre queda claro.

Como parte de los estudios cualitativos que existen sobre la relación terapéutica, se han distinguido cuatro tipos de empatía percibidos por los clientes: la "cognitiva", la "afectiva", la del "terapeuta que comparte" y la del "terapeuta nutridor" (Maione y Chenail, *op. cit.*).

En un estudio sobre las ocasiones en que el terapeuta comparte sus experiencias, se observó que las "revelaciones" del terapeuta, si eran ayudadoras, ocurrían más cuando los clientes discutían asuntos importantes, cuando eran percibidas por los clientes como intentos de "normalizar",

"reasegurar", y cuando contenían información personal no obvia del terapeuta (*Idem.*).

Rhodes *et al.* (citados en *Idem.*) plantean un estudio de la relación terapéutica a través de los "malos entendidos", observando que la disposición del cliente para aceptar que fue mal comprendido facilitaba la solución y, por otro lado, que el rechazo del terapeuta a negociar o aceptar la aseveración de los clientes sobre reacciones negativas de parte del terapeuta, conducían a dar por terminada la terapia. A este respecto, una observación interesante que se hace en la literatura es que los clientes no suelen informarle al terapeuta cuando están molestos (Bachelor y Horvath, *op. cit.*).

Por otra parte, Maione y Chenail (*op. cit.*) reportan un estudio llevado a cabo con terapeutas donde se muestra que perciben los "impasses" (callejones sin salida) terapéuticos como un aspecto que tiene un efecto negativo en la relación con su cliente. Según reportes hechos por terapeutas, los "impasses" sentidos en la terapia, tienen que ver con "desacuerdos" con el cliente, "falta de satisfacción en el cliente" con respecto a cómo es conducida la terapia, y "luchas de poder" sobre las metas y tareas terapéuticas. Además de lo anterior, los terapeutas suelen percibir que sus "errores de técnica", la presencia de personas ajenas al tratamiento, la "transferencia del cliente" y "dificultades personales del terapeuta", son elementos que relacionados con los "impasses" terapéuticos (Bachelor y Horvath, *op. cit.*).

Otro elemento tratado por estos autores es la "alianza terapéutica" que tiene lugar en las primeras sesiones, como predictor del resultado final del tratamiento. Junto con otros autores de la orientación sobre factores comunes, mencionan una diferencia de percepción entre clientes y terapeutas acerca de la relación terapéutica, donde pareciera que los terapeutas "no pueden asumir que su evaluación de la calidad del clima de terapia corresponda con las percepciones de sus clientes".

Una observación que hacen estos investigadores sobre la diferencia de percepciones consiste en que, mientras los terapeutas tienden a enfatizar el rol de la contribución del cliente, su participación activa en el cambio, los clientes tienden a "evaluar" características del terapeuta. Otra observación se refiere a que los terapeutas con más experiencia "coinciden más con las evaluaciones de los clientes". ¿En qué consiste la coincidencia o el acuerdo de perspectivas que los autores observan?, no se abunda al respecto.

A pesar de reconocer que "la relación terapéutica es evidentemente interactiva [y que como tal] el proceso interaccional ha recibido escasa atención empírica", cuando Bachelor y Horvath (*op. cit.*: 141) abordan aquellos elementos específicos que entran en juego en una relación terapéutica exitosa, hablan por separado de "contribuciones del terapeuta" y "contribuciones del cliente".

En esta línea, los autores aluden a ciertas "actitudes e intervenciones facilitadoras" de la relación por parte del terapeuta tales como: una empatía "adecuada", una calidez "no posesiva", el ser genuino, comprensión e involucramiento, y calidez y amigabilidad, entendidos, estos últimos, como constructos relacionados, para estos autores, con el constructo de empatía.

Resulta interesante observar que, efectivamente, las interpretaciones que se suelen hacer sobre la calidez, la amigabilidad, el ser genuino y la comprensión e involucramiento, son concebidas como constructos relacionados con el "constructo de empatía", o bien, con "cualidades de un terapeuta" para facilitar una buena relación terapéutica.

Otra serie de "atributos facilitadores" de la relación terapéutica desde la perspectiva del cliente que son mencionados en la literatura, parecen trascender el nivel individual y empiezan a adquirir una dimensión relacional. Dichos atributos tiene que ver con: el respeto, el no ser juicioso, una comprensión empática, una relación amistosa y una escucha atenta, *como elementos que facilitan* la "autoexpresión" del cliente. En este punto, se alude también a la "la clarificación de material significativo" *como elemento facilitador* de una creciente auto-comprensión por parte del cliente (Bachelor, citada en *Idem.*).

Aunque en una forma menos clara, la relación terapéutica también ha sido estudiada en función de su relación con las "intervenciones" terapéuticas, comentándose que una "evaluación" y una "reafirmación" en exceso pueden evitar que se forme una relación terapéutica, así como el hecho de que, frecuentemente, "las interpretaciones pueden causar en el cliente la sensación de que es criticado y pueden incrementar la defensividad" (*Idem.*).

Como "contribuciones del cliente" hacia la relación terapéutica, se enuncian la colaboración e involucramiento del cliente, entendidos en términos de la

apertura del cliente "para asimilar intervenciones y la relación terapéutica" y, también, según ciertas acciones de parte del cliente como la "autoexploración" y el ser capaz de "experimentar afecto" (*Idem.*).

Es resaltado que los terapeutas con más experiencia tienden a ganar más fácilmente la cooperación de sus clientes, en términos de la coordinación de los últimos con las propuestas de intervención de los primeros. Esta observación, junto con aquella donde se afirmaba que los terapeutas con mayor experiencia tienden a coincidir más con las evaluaciones de sus clientes en cuanto al clima terapéutico, nuevamente presenta cierta oposición en relación con los resultados presentados al inicio del capítulo, en cuanto a que no existe evidencia sobre diferencias entre la experiencia y entrenamiento de los terapeutas.⁶

En otras investigaciones sobre la relación terapéutica, se ha visto que los clientes con altos índices de conductas interpersonales "hostiles", con mayor probabilidad "malinterpretan" aspectos positivos de la conducta de ayuda del terapeuta, atendiendo y respondiendo selectivamente a "cualquier aspecto negativo". Así mismo, se habla de ciertas actitudes o conductas específicas tanto en clientes como en terapeutas (por separado) que con alta probabilidad conducen a "malos entendidos" o "rupturas" de la relación terapéutica. Por parte del cliente dichas actitudes o conductas consisten en: la expresión abierta o indirecta de sentimientos negativos hacia el terapeuta, "desacuerdo en las metas y tareas de la terapia", o bien, una falta de respuesta hacia la intervención. En el caso del terapeuta se menciona el actuar en forma contraria a lo que el cliente quiere o necesita (Bachelor y Horvath, *op. cit.*).

Se ha observado que "clientes con deterioro severo", suelen tener mayor dificultad para establecer una "buena relación de trabajo". Así mismo, se habla de que si el cliente tiende a establecer relaciones de "alta calidad", la colaboración o trabajo con el terapeuta se ve favorecido. En esta línea de reflexión teórica, se habla de ciertos "estilos de vinculación", "factores de predisposición" en clientes y terapeutas, dados por sus relaciones tempranas

⁶ Vale la pena señalar, por otro lado, que en la literatura suele hacerse alusión a "experiencia" y "entrenamiento" del terapeuta como sinónimos y que cada término puede remitir a significados distintos en un momento dado. De manera que lo que pueda ser cierto para "terapeutas con entrenamiento", pueda no aplicarse en el caso de "terapeutas con experiencia" y viceversa, independientemente de la edad del profesional.

con personas como sus padres, que influyen en, aunque no "determinan", la "calidad de la alianza".

Al hablar de lo anterior, Bachelor y Horvath (*op. cit.*) nos permiten ver de forma clara la orientación psicodinámica que ha predominado en los estudios sobre la relación terapéutica, de hecho, plantean que "la organización de la personalidad" del terapeuta parece ser más importante que sus "habilidades", en el manejo de conductas contra-terapéuticas.

Como comentario sobre la complementariedad necesaria entre cliente y terapeuta, los autores hablan de que una "módica cantidad de acuerdo" puede ser requerida para continuar en una relación terapéutica.

En sus comentarios acerca de la importancia de la complementariedad entre cliente y terapeuta, Tracey (citado en *Idem.*), menciona que a mayor complementariedad, se presenta un mayor grado de armonía y satisfacción interaccionales, con mayor probabilidad se dará una alianza fuerte y, por tanto, podría hablarse de un "resultado exitoso". ¿En qué consiste dicha complementariedad?, no parece quedar claro.

En cuanto a estudios de la relación terapéutica que toman en cuenta características de los participantes como género, cultura y valores, no se han observado diferencias significativas (Bachelor y Horvath, *op. cit.*).

Tal como los mencionan Asay y Lambert (*op. cit.*), la mayor parte de investigación sobre la relación terapéutica se ha llevado a cabo dentro de la orientación psicodinámica. Si se toma esto en cuenta, puede ser lógico que la forma de presentar los resultados en gran parte de las investigaciones consista en "listas" de rasgos o características de los clientes y terapeutas. Y poco a poco, esta manera de concebir la relación terapéutica va derivando en cierto "perfil" deseable, medible y evaluable en los participantes de la relación terapéutica. Bachelor y Horvath (*op. cit.*), exponen que existen diversos instrumentos para medir la alianza terapéutica. Como vemos, es fácil hablar en pro de la investigación interaccional, pero es un reto y no es del todo fácil abandonar un "discurso individualista" aún teniendo como objeto de inspiración a la relación terapéutica.

Asay y Lambert (*op. cit.*: 47) mencionan que "es probable que la diferencia entre un terapeuta efectivo y uno menos efectivo sea su habilidad para formar y mantener una alianza terapéutica con el cliente", en la que el terapeuta "pueda comunicar calidez, comprensión y sentimientos positivos hacia su cliente".

En consonancia con la importancia que se reconoce a los "factores del cliente" relacionados con metas y motivación, la literatura sobre los factores de la relación terapéutica destaca el papel que puede tener, para lograr una alianza de trabajo fuerte, el hecho de que exista una visión compartida entre el terapeuta y el paciente, sobre las metas y métodos de tratamiento (Bachelor y Horvath, *op. cit.*). A este respecto, Miller *et al.* (*op. cit.*) mencionan que diversas investigaciones muestran que establecer metas concretas, pequeñas, especificadas en términos "conductuales", y percibidas por los clientes como "desables y posibles", encaminan con mayor probabilidad hacia la dirección de conducta deseada.

2.2.3 Factores de expectativa, esperanza y placebo

El tercer grupo es el relativo a los factores de expectativa, esperanza⁷ y placebo, responsables del 15% de la varianza en mediciones sobre el "cambio en el cliente", y que pueden ser definidos como "aquella porción de la mejoría que resulta del conocimiento del cliente de que está siendo tratado, así como de la credibilidad hacia las técnicas y explicaciones de tratamiento específicas" (Lambert, citado en Asay y Lambert, *op. cit.*: 31).

Se menciona a Frank (citado en *Idem.*), como pionero en la investigación de estos factores, que aluden a una expectativa en el cliente de que va a ser realmente ayudado, a la esperanza que lleva consigo de que algo puede ser

⁷ El término utilizado en inglés es el de "hope", en su traducción al español, como sustantivo, remite a significados diversos: esperanza, confianza, fe, seguridad, perspectiva, posibilidad y promesa buena (Simon y Schuster's International, Diccionario Inglés Español). Como parte de las definiciones de la palabra "hope" en idioma inglés, como sustantivo, están las siguientes: la creencia de que algo que se desea va a pasar/ una persona, cosa o circunstancia que hace posible tener "hope" (Oxford Advanced Learner's Dictionary). Con base en lo anterior y en el sentido con el que se nota que los autores usan el término "hope", se le traduce principalmente como "confianza" y "esperanza".

hecho en su ayuda. Lo anterior, es reformulado por Miller *et al.* (*op. cit.*) como la "expectativa del cliente hacia el cambio" incluyendo "lo que se espera que pase", "lo que se cree que puede pasar", "lo que se predice que pasará".

No es lo mismo hablar de una expectativa de cambio en el cliente que de una expectativa de ser ayudado. Se considera que la palabra "cambio" es parte de ciertas orientaciones terapéuticas específicas como, por ejemplo, el modelo de Palo Alto (Fisch *et al.*, 1982) y el modelo centrado en soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), y en este sentido quizás sea más natural pensar que en ese "acervo común" de significado de la gente "común y corriente", ha estado más tiempo presente una idea de "ser ayudado", que una idea de "cambiar", la cual quizás corresponde a tendencias más contemporáneas. Por ejemplo, al hablar de la meta terapéutica bajo una perspectiva colaborativa, Anderson (1999, las cursivas son mías) menciona que "es la misma que en la mayoría de las terapias: *ayudar* a la gente que nos paga para *ayudarla*".

Asay y Lambert (*op. cit.*), mencionan que los efectos placebo tienden a ser menos poderosos en clientes con "trastornos severos" y en estudios donde participan terapeutas con experiencia. Nuevamente, esto entra en oposición con los resultados de estudios que, argumentando a favor de la no diferencia entre las orientaciones terapéuticas, hablan de una ausencia de diferencias significativas en cuanto al tipo de problemática y la experiencia del terapeuta (Smith, 1982).

En el caso de Snyder *et al.* (1999) el elemento central de reflexión parece ser "la esperanza", como fundamento de los factores comunes, los factores placebo y las expectativas. Para estos autores, la esperanza es entendida en términos de cómo la gente piensa sobre las metas, sobre su propia habilidad para generar un camino que favorezca sus metas, sobre su habilidad para dar el primer paso hacia y mantenerse en el camino elegido, lo cual remite a dos "habilidades" en la persona: el pensar sobre el camino ("pathways thinking"), y el pensar relacionado con la agencia ("agency thinking"). La esperanza, entendida en estos términos es parte de las "habilidades" que la mayoría de la gente usa para enfrentar los problemas de la vida cotidiana.

Es resaltada la importancia que tiene que el terapeuta "espere" que el cliente cambie, así mismo es importante que el terapeuta "confíe" y se sienta con

"maestría" en cuanto al método que utiliza, lo cual refuerza la creencia del cliente en la posibilidad de "curarse" (*Idem.*).

Snyder *et al.* (*op. cit.*) sustentan que las "respuestas emocionales" positivas y el mantenimiento de la esperanza, se presenta cuando la gente puede perseguir y lograr sus metas. Si la esperanza es entendida en términos de ciertas respuestas emocionales "positivas" y "negativas", que remiten a las "habilidades" de una persona para visualizar un camino e implementar acciones que permitan alcanzarlo, fácilmente puede entenderse que los indicadores de esperanza resulten, como en el caso de algunas aproximaciones hacia la relación terapéutica, en una lista de habilidades o respuestas presentes o ausentes en la persona en un momento dado. Al respecto, se menciona que existen instrumentos validados en población adulta, para "medir la esperanza" o las expectativas hacia el tratamiento.

Por otra parte, hay estudios donde se ha visto que del 56% al 71% de la varianza en el cambio global del cliente es atribuible a un cambio presentado en las primeras fases del tratamiento (antes y durante el mismo). Para estos autores esto es consecuencia de la esperanza, entendida en términos de la habilidad que el cliente siente en sí mismo para diseñar e implementar acciones hacia un camino deseado.

En cuanto a los factores placebo, se trata de una idea en la psicología que, como muchas otras (Hoffman, 1981), es "heredada de la medicina". En medicina, un placebo permite diferenciar entre los cambios de salud debidos a "factores psicológicos" y aquellos debidos a "factores fisiológicos" (siendo "efecto" estos últimos de cierta medicina). En psicología, esta metáfora del placebo puede ser entendida como aquella mejoría del paciente cuyo resultado no es atribuible a las "intervenciones" del terapeuta. Tal como lo mencionan Snyder *et al.* (*op. cit.*), distinguir qué es atribuible a un aspecto "técnico" y qué a un elemento "placebo", no es algo que se logre cabalmente, ni en el caso de la medicina, ni en el caso de la psicología.

Es interesante cómo, para estos autores, lo placebo tiende a ser algo que conceptualmente no es igual a las expectativas y más allá de ser una metáfora retomada de la medicina, no parece quedar muy definido qué es esto de los elementos placebo; aunque sí se explicitan los efectos que tiene: "el placebo moviliza las expectativas del cliente hacia la mejoría". Así mismo, es curioso

que para explicar el concepto en el campo de la medicina, se haga referencia a "factores psicológicos" y que, en la psicología, parte de ellos sean los factores placebo, conceptualmente esto podría ser considerado un callejón sin salida.

Cuando Miller *et al.* (1997: 160) explican su versión de los factores placebo, mencionan que "estos factores incluyen la esperanza y las expectativas positivas hacia el cambio, que los clientes viven simplemente por el hecho de estar en tratamiento". Así pues, quizás lo más sencillo para entender los factores placebo, en el contexto de la literatura mencionada, sea entenderlos como expectativas en sí, o bien, como "efectos placebo".

A partir de la importancia notada en cuanto a los efectos placebo, Miller *et al.* (*op. cit.*) aducen sugerencias para la terapia: el terapeuta debe *creer* en su orientación terapéutica, debe mostrar interés hacia los resultados que se van presentando en el tratamiento, el procedimiento u orientación terapéuticos deben ser *creíbles y persuasivos* para el cliente, el tratamiento debe fomentar o resaltar la sensación de control personal en el cliente. Otras sugerencias que los autores dan, de manera clara podrían identificarse con el modelo orientado a soluciones.

Al hablar del papel de las expectativas y el placebo en el tratamiento, Miller *et al.* (*op. cit.*) introducen más significados, ellos hablan también del papel de "la fe", "la creencia en", "la credibilidad" y "la persuasión".

Al dar respuesta a las preguntas de cómo incluir los factores extra terapéuticos en la terapia?, Asay y Lambert (*op. cit.*: 46) contestan diciendo que "esto empieza con la actitud del terapeuta hacia el rol del cliente en el proceso de cambio", actitud que consiste en "comunicar la creencia y la esperanza en la habilidad del cliente para cambiar y en el hecho de que el cambio efectivamente va a ocurrir".

A pesar de que la literatura que alude a aspectos relacionados con las expectativas, la esperanza y lo placebo aparece en mucho menor cantidad que la literatura relacionada con el resto de los "factores comunes", se considera ya de suma relevancia el solo hecho de que empiecen a aparecer.

2.2.4 Factores de la técnica o modelo

El cuarto grupo se refiere a los factores de la técnica o modelo a los cuales se les atribuye el 15% de la varianza en el resultado de la terapia (Lambert, en *Idem.*). Curiosamente, son mencionadas ciertas "excepciones a la regla", porque dentro de las pequeñas diferencias estadísticas que se han encontrado entre los modelos, las terapias conductuales parecen tener un "efecto más potente" en el tratamiento de "desórdenes de ansiedad", "fóbicos" y de "pánico".

Con respecto a esto último, Ogles *et al.* (1999) manifiestan la utilidad de ciertas técnicas específicas al tipo de "desorden": la "técnica de exposición" para los desórdenes de ansiedad, y los "tratamientos conductuales" para el caso de disfunciones sexuales. En una línea más general, son mencionadas también las "intervenciones paradójicas" y su relación estadística positiva con los resultados del tratamiento. Así mismo es reconocida la falta de significatividad estadística entre la técnica conocida como "self disclosure" (cuando el terapeuta comparte experiencias personales) y el resultado terapéutico. Aparentemente esto entra en oposición con lo que se mencionó sobre esta acción del terapeuta en el apartado sobre los factores de la relación terapéutica, vemos en este caso teórico un ejemplo de los lugares tan distintos a los que nos puede llevar un método estadístico y un método interpretativo sobre una misma acción, como técnica no parece significativo algo que desde el punto de vista del estudio de la empatía sí lo sería.

Se han encontrado diferencias estadísticas también cuando se hacen comparaciones intratratamiento que dejan claro que algunos terapeutas muestran consistentemente mejores resultados que otros. Para Ogles *et al.* (*op. cit.*) este resultado es interpretado como producto del uso diferencial de las técnicas entre distintos terapeutas de una misma orientación lo cual, para los autores, remite al concepto de habilidades del terapeuta. Nótese como se asume con esto una diferencia entre una técnica y la habilidad personal para hacer uso de ella.

Observamos, en el caso teórico anterior, una relación positiva de las habilidades del terapeuta con el resultado de la terapia. En el apartado sobre los factores de la relación terapéutica, vimos cómo, para algunos autores, las habilidades del terapeuta son menos relevantes que "la organización de su

personalidad" al enfrentar situaciones contra-terapéuticas con el paciente. Nuevamente, bajo la perspectiva de la terapia como técnica o modelo, las habilidades del terapeuta son privilegiadas; bajo la perspectiva de la relación terapéutica, las habilidades parecen ser parte de la técnica y poco relevantes para facilitar una buena relación terapéutica.

Analizando el movimiento que han tenido los modelos u orientaciones terapéuticas a lo largo de la historia, Ogles *et al.* (*op. cit.*) mencionan que el interés profesional se ha desplazado desde el formular grandes teorías hasta una serie de propuestas orientadas a la técnica, a la especificidad como se observa, por ejemplo, en el creciente uso y creación de manuales de tratamiento, así como en los tratamientos considerados "empíricamente validados", por organizaciones como la APA.

Una de las consecuencias de este giro hacia la especificidad es el tratamiento de tipo estandarizado que implica, por ejemplo, "intervenciones derivadas del protocolo". En el contexto estadounidense esta tendencia hacia la especificidad presenta "raíces históricas" similares a las mencionadas en apartados anteriores. En dicho contexto, el rol del paciente como comprador de un servicio es mucho más determinante que la situación del paciente, por ejemplo, en un contexto como el mexicano.

Según Ogles *et al.* (*op. cit.*) existe investigación que muestra una concordancia entre las conductas de los terapeutas y su orientación teórica, así como el hecho de que terapeutas de diferentes orientaciones difieren en su forma de hacer terapia, en su uso de técnicas terapéuticas específicas. En este punto, podría verse verificada la reflexión construccionista acerca de que los diferentes discursos invitan a formas diferentes de relacionarse con el otro.

En cuanto a su relación con el resto de los factores comunes, Ogles *et al.* (*op. cit.*) señalan que una extrema fidelidad hacia procedimientos específicos de tratamiento puede evitar que se den otros factores comunes que influyan positivamente en el resultado.

Algunos estudios que se han llevado a cabo sobre la "conversación terapéutica", son mencionados por Maione y Chenail (1999) como parte de los estudios cualitativos que proporcionan evidencia acerca del papel de la técnica o modelo en el resultado de la terapia. Esto es curioso, porque desde otro punto de

vista, el estudio sobre la conversación terapéutica podría ser indicador de la relación misma, independientemente de una técnica o modelo.

En esta línea de investigación, se citan estudios donde se han observado ciertos "patrones de recopilación de información" presentes en el terapeuta, ciertas "prerrogativas conversacionales" para el terapeuta que "gobiernan el flujo de la información, incluyendo qué tópicos se discuten, quién debe hablar en un momento dado", incluido el privilegio de "parar las conversaciones", "hacer preguntas" y "resumir". Dichas prerrogativas parecen ser necesarias no sólo al "recopilar información", sino al "intervenir" con intenciones terapéuticas (*Idem.*).

Las "formulaciones" son un elemento de la conversación terapéutica que ha sido investigado en la veta cualitativa; en éstas, una persona le dice a otra cómo está entendiendo una conversación. Se ha visto cómo, al reformular, los terapeutas "intentan cambiar lo que se ha dicho". Al respecto, se han detectado tres niveles de "re-formulación" en los terapeutas: el "semántico", dirigido al significado de la situación; el "relacional", dirigido a las relaciones del cliente; y el de "identidad" ("facework"), dirigido a los cambios de identidad del cliente (*Idem.*).

Se reportan investigaciones sobre la percepción de la utilidad de un trabajo terapéutico bajo el modelo orientado a soluciones y la terapia narrativa, donde los clientes tienden a atribuir los resultados favorables a variables de la relación, mientras los terapeutas tienden a enfatizar más aspectos técnicos (*Idem.*).

Resulta curioso cómo para Maione y Chenail (*op. cit.*) el proceso terapéutico o lo que sucede dentro de la "conversación terapéutica", queda inscrito dentro del panorama de los "elementos comunes" como parte de la "técnica o modelo" terapéuticos y, junto con ello, como parte de lo que tiene una implicación menor en cuanto a la varianza en el resultado terapéutico. Esto contrasta con la "centralidad" que tienen las conversaciones y el diálogo en otras perspectivas terapéuticas (Andersen, 1991; Anderson, 1997).

2.2.5 Comentarios sobre la propuesta de los factores comunes

A partir de la exposición sobre la perspectiva de los factores comunes a todo tipo de tratamiento que resulta exitoso, se pueden resumir las siguientes ideas:

1. Parece tener mayor importancia la percepción del cliente sobre aspectos de la relación terapéutica, que la propia percepción del terapeuta.
2. Parece tener mucha importancia el trabajo con metas dentro del encuentro terapéutico.
3. Parecen ser ingredientes relevantes las expectativas del cliente de ser ayudado y de cambiar.
4. La orientación o modelo terapéutico no parece tener gran relevancia sobre el resultado de una terapia.
5. No todos los resultados apuntan hacia una misma dirección. Sin hablar de contradicciones, existen resultados que se oponen entre sí.

Como se dijo anteriormente, la propuesta de los factores comunes apoya la idea de un lenguaje que unifique los diversos modelos terapéuticos. La pregunta que aquí se plantea es: ¿hasta dónde es posible dicha unificación?

El planteamiento es interesante en el sentido de que no parece apuntar a que desaparezca la pluralidad de enfoques terapéuticos. No obstante, al hablar de unificar, el planteamiento en sí mismo invita a un monólogo (Anderson, 1997) y elimina con ello la posibilidad de pluralidad.

Tal como se explicó, la perspectiva de los factores comunes parece obedecer a una situación que involucra elementos políticos y económicos en el contexto estadounidense; ciertas condiciones históricas estarían amenazando la diversidad de enfoques terapéuticos en los Estados Unidos de Norteamérica. En este sentido, podríamos hablar de un monólogo que establece como "efectivos" únicamente cierto tipo de tratamientos, que da origen a otro monólogo, donde se aboga por elementos comunes a todo tipo de tratamiento relacionados con la utilidad terapéutica:

"A pesar de que estamos comprometidos con la investigación empírica rigurosa como un camino valioso para tratamientos más efectivos, igualmente somos vocales al rechazar nociones que prescribirían

intervenciones estrechamente manualizadas, a expensas de ignorar la dinámica única entre terapeuta y cliente." (Bachelor y Horvath, 1999: 165).

En todo momento, los autores de esta propuesta (Miller *et al.*, 1997) señalan que no es su intención proponer un nuevo modelo. Sin embargo, ¿qué pasa con todas esas "sugerencias" que se hacen para llevar a cabo la terapia, que en gran medida coinciden con los modelos de terapia breve o, más específicamente, con los modelos orientados a soluciones? ¿Qué pasa con los instrumentos que se ponen a disposición de otros terapeutas para evaluar la relación terapéutica desde la perspectiva del cliente? Quizás vale la pena mencionar que:

"...una vez que un terapeuta decide que los llamados factores comunes son los agentes curativos del encuentro paciente-terapeuta, el terapeuta, simplemente, cambia de modelo." (Ogles *et al.*, 1999: 218).

Como parte del planteamiento de los factores comunes, Miller *et al.* (*op. cit.*), reflexionan sobre la circunstancia actual en cuanto a la diversidad creciente de modelos como semejante a una "torre de babel". Resulta curioso que, al analizar con mayor detalle los resultados de los estudios que apoyan la perspectiva de los factores comunes, el lector se encuentre, a su vez, con una pluralidad de resultados que, como vimos, no siempre apuntaban hacia un mismo significado, de manera que queda la sensación de adentrarse nuevamente a una torre de babel. ¿Cuáles son los límites de una unificación de lenguajes?

Miller *et al.* (*op. cit.*) muestran cierta inconformidad con la situación actual del mercado terapéutico. ¿Hasta dónde pueden ellos evitar ser parte de dicho mercado?

Se afirma que los modelos u orientaciones terapéuticas contribuyen poco al resultado de la terapia, pero ¿qué pasa en el caso de modelos cuya propuesta trasciende la idea de técnica y, en un momento dado, la idea misma de modelo? (Hoffman, 1998) ¿hasta dónde se puede lograr cabalmente una "unificación del lenguaje sobre la práctica de la psicoterapia en estos términos? En el contexto estadounidense y dado lo que se ha expuesto en este apartado del trabajo, esto tiene una razón de ser muy específica, ¿qué implicaciones tendría en un contexto mexicano favorecer dicho discurso hacia la unificación? ¿a quién se favorecería con dicho intento, a quién se perjudicaría?

Finalmente, tal como son reportados varios de los estudios, los resultados corren el riesgo de convertirse en listas de atributos deseables en el terapeuta y en el cliente, y no siempre se especifican las relaciones conceptuales de dichos atributos, tampoco en todos los casos se logra una interpretación de tipo relacional, tratándose de un "objeto de estudio" que sería relacional por excelencia.

Las características que en ocasiones se enlistan, pueden interpretarse de otra manera, puesto que "no asisten solas" al encuentro terapéutico. Y éste sería precisamente un reto que pueden enfrentar actualmente muchas investigaciones, y específicamente quizás, investigaciones de corte construccionista social, en el sentido de, en un momento dado, ser capaces de puntualizar en qué consisten estos intercambios sociales, aludiendo *de facto* al campo de lo relacional, lo responsivo, lo interactivo, evitando quedarse únicamente en un nivel de afirmaciones que podrían dar la impresión de ser pura abstracción teórica.

2.3 Los estudios con diadas

A partir de la exposición que se hizo sobre la investigación que apoya y alimenta la perspectiva de los factores comunes como elementos responsables de la varianza en el resultado de la terapia y del cambio en el paciente, quizás queda claro cómo la mayor parte de la investigación sobre el tema se ha llevado a cabo considerando las perspectivas de pacientes y terapeutas por separado, cuando no las perspectivas de los investigadores.

Existen pocos estudios que aborden el tema de la utilidad terapéutica, y quizás otros muchos temas dentro de la investigación en ciencias sociales, desde la perspectiva de los actores mismos de una relación, en este caso la terapéutica, y los estudios que se conocen presentan variantes entre ellos.

Metcalf y Thomas (citados en Maione y Chenail, 1999) llevan a cabo un estudio donde investigan las percepciones de diadas sobre el modelo de terapia orientada a soluciones. Tal como comentan Maione y Chenail (*op. cit.*: 71-72), el tipo de preguntas que se hacían a pacientes y a terapeutas son de diferente naturaleza, mientras a los pacientes se les hacían preguntas como "¿qué es lo que ocurrió en el proceso de terapia que encontraste más ayudador?", a los

terapeutas se le hacían preguntas como "¿qué hiciste en el proceso de terapia, como terapeuta, que parece haber ayudado a que ocurriera el cambio?". Según lo reportan los autores, en un estudio llevado a cabo con parejas:

"...cuatro de seis descripciones de las parejas en relación con lo que fue útil para instigar el cambio, difirieron de las descripciones de los terapeutas, mientras dos de estas descripciones fueron similares a las de los terapeutas. [Las parejas] mencionaron el escuchar, amplificar las fortalezas, el reforzar, el elogiar, notar diferencias, y preguntas como aquello que señalaba lo que funcionó. Los terapeutas describían puntuar la experiencia, señalamientos, validación, empoderamiento, y encontrar recursos. Los terapeutas también describieron una participación activa como el culpar [en sentido] positivo, separar a los niños de su madre y ayudar a encontrar metas" (Metcalf y Thomas, 1994, citados en Maione y Chenail, 1999: 72).

Con respecto a las observaciones anteriores es conveniente mencionar que la diferencia encontrada entre las percepciones podría estar muy relacionada con las preguntas diferenciales que se hicieron tanto a pacientes como a terapeutas. No es lo mismo preguntar sobre "lo que ocurrió en el proceso", que sobre "lo que hiciste como terapeuta" para que resultara útil.

En otro estudio presentado por Metcalf *et al.* (citados en *Idem.*), se examina la diferencia entre percepciones de terapeutas y pacientes, nuevamente, sobre la terapia orientada a soluciones, habiendo acuerdo sobre el éxito del tratamiento entre terapeutas y clientes. Los resultados apoyan la idea de que "los clientes atribuyen resultados favorables a variables de la relación terapéutica, mientras [que] los terapeutas tienden a darle crédito a la técnica". Sin embargo, si el tipo de preguntas que se hicieron a pacientes y terapeutas fue también diferente, dichos resultados podrían responder más a la postura del investigador que a respuestas donde sea posible hablar de un acuerdo o diferencia entre las percepciones de los entrevistados.

Como veremos en los resultados de esta investigación, cuando se hacen las mismas preguntas a ambos participantes de la diada terapéutica, el terapeuta puede encontrar igual de importante lo que sucede entre él y su paciente, en la relación terapéutica, que el cliente mismo, si bien el cliente suele ser más elocuente, al terapeuta no le pasa desapercibida dicha relevancia.

Otro aspecto que hay que mencionar es que los resultados de estudios llevados a cabo con diadas, parecen servir como elementos que contribuyen a "la lista" de factores exitosos en una relación terapéutica. Por ejemplo, Bachelor y Horvath (1999) mencionan un estudio en el que las "diadas exitosas" se caracterizan por "mayor complementariedad positiva" en sus interacciones, existiendo una "complementariedad negativa" característica en las "diadas menos exitosas". ¿En qué consiste una complementariedad positiva?, no parece quedar claro.

Por otro lado, en un estudio reportado por Sells *et al.* (1996), se presenta una investigación etnográfica donde se "evalúa la práctica" de tratamientos terapéuticos durante el proceso de terapia, en un seguimiento hecho de sesión a sesión, según lo que se percibiera como mejoría o como deterioro por el cliente y su terapeuta.⁸

Tal como está reportado, en la fase de "recolección de datos" de este estudio etnográfico, se proporcionó al grupo de terapeutas (cuatro estudiantes de doctorado) un video que mostraba la conducción de una entrevista etnográfica. Enseguida, con base en una guía de entrevista inicial, cada terapeuta haría un "role play" de la entrevista etnográfica recibiendo re-alimentación por parte del investigador. Acto siguiente se procedía con las entrevistas a los clientes, las cuales fueron transcritas.

Como fuentes de recopilación de datos en el estudio etnográfico que se cita, se contaba con el discurso de entrevista, los tópicos iniciales ("dominios de análisis") se iban modificando conforme emergían nuevos tópicos durante las entrevistas, se consideraron también notas de campo por parte de los terapeutas, donde se incluían observaciones y comentarios interpretativos sobre la sesión terapéutica, y se tuvo información sobre grupos focales llevados a cabo únicamente con los cuatro terapeutas.

El "análisis de los datos" que reportan Sells *et al.* (1996), se llevó a cabo por medio de un "análisis de dominios" según el modelo de Spradley:

⁸ Vale la pena aclarar que este estudio no podría ser considerado estrictamente como un estudio llevado a cabo con diadas, porque para los autores "el cliente" en el estudio queda conformado por la "unidad de tratamiento", trátase de familias, parejas o individuos.

"Este proceso de construcción de categorías fue análogo a un análisis de factores, en el cual las variables son agrupadas en una estructura jerárquica y, con base en relaciones estadísticas y apoyo de la teoría, categorías centrales incluyen categorías de menor orden. [A pesar de lo anterior], una diferencia crucial fue que los sistemas de categoría en este estudio etnográfico fueron verificadas por los participantes mismos, más que por pruebas estadísticas" (*Idem.*: 327).⁹

Dado que en este estudio participaron como entrevistadores tanto los terapeutas como uno de los investigadores, una de las cosas que saltan a la vista es que los clientes no son "tan honestos con sus respuestas si se las tienen que dar directamente a su propio terapeuta". Lo anterior es resaltado por uno de los pocos acuerdos entre clientes y terapeutas que se mencionan en el estudio, donde se observa consenso alrededor de que "fue mejor tener una persona de fuera que condujera la entrevista etnográfica".

Como "dominios de análisis", se identificaron: los cambios asociados con la consultoría; cualidades importantes del terapeuta; intervenciones o técnicas efectivas; intervenciones o técnicas no efectivas; recomendaciones para sesiones futuras; y una evaluación de la práctica etnográfica. Se comentarán únicamente algunos de los resultados.

Como parte de lo reportado sobre el dominio de análisis de las cualidades importantes del terapeuta, se mencionan respuestas desde la perspectiva del cliente y desde la perspectiva del terapeuta. En el cuadro 2.1 se transcriben algunos de los resultados presentados por Sells *et al.* (*op. cit.*: 328).

⁹ La cita anterior se transcribe, con el fin de ilustrar que son diversos los esfuerzos que actualmente se hacen para fomentar la transformación paradigmática, como vemos y siguiendo a Kuhn (1962), se trata de procesos que involucran traducciones entre el paradigma anterior y el siguiente, de manera que se vaya gestando el cambio paradigmático, usando el vocabulario de Gergen (1994a), el cambio de inteligibilidad. Valdría la pena señalar que existen varias formas de interpretar lo que es una traducción, una de ellas es que se trata de una versión "que debe ser equivalente a" la versión original, en otras perspectivas la traducción puede ser entendida como proceso y producto creativo y humildemente se reconoce la imposibilidad de retratar cabalmente el original. En este último sentido podría entenderse la traducción, como creación dentro de los intercambios sociales en los que se trata de persuadir acerca de la viabilidad de una perspectiva diferente.

Al margen del contenido de estos resultados, varias observaciones son pertinentes. Observamos que las categorías que forman parte de uno de los dominios de análisis remiten, en su mayoría, a preguntas diferentes, únicamente en el caso de las "razones por las que se sintió más a gusto", podríamos inferir que se hicieron preguntas similares tanto a terapeutas como a clientes. No es lo mismo preguntar sobre "las cualidades de tu terapeuta", que sobre lo que como terapeuta "sientes que alimenta la relación terapéutica". Esto dificulta poder hablar de consensos entre los participantes y no es mucho lo que se discute alrededor de posibles consensos entre terapeuta y cliente.

Más adelante, los autores hablarán de una diferencia en la percepción de clientes y terapeutas, ya que los primeros resaltan más la importancia de la relación terapéutica y de las cualidades del terapeuta, mientras que los terapeutas enfatizan más la importancia de técnicas formalizadas. Como se mencionó anteriormente, no es raro encontrar estas discrepancias si se piensa en las diferencias de preguntas para unos y otros.

Cuadro 2.1 Resultados de un estudio etnográfico

Perspectiva del cliente	Perspectiva del terapeuta
<p>Atributos que un terapeuta debe tener:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene los piés en la tierra. • Trata de entender de dónde venimos. • Está en nuestro nivel. • Nos hace sentir a gusto. • Es sincero. • Se ríe. • Está relajado. <p>Razones por las que se sintió más a gusto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se sienta ahí sólo como una estatua. • Sólo escucha. <p>Razón por la que el terapeuta es cuidadoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escucha. • Es sincero. • Entiende. • No pierde la confianza del cliente. 	<p>Razones por las que se sintió más a gusto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puedo estar relajado. • Podemos bromear sobre algunas cosas. • Soy juguetero. <p>Razones por las que la relación terapéutica es importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es parte de lo que ayuda. • Crea un ambiente donde la gente está dispuesta y abierta a hablar sobre sí misma. • La gente puede hablar de sus problemas. <p>Formas de evitar el convertirse en una persona profesional rígida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fui informal. • Bromeo con el cliente. • No uso lenguaje técnico. • Reconozco mis propios errores. <p>Formas de ser comprensivo y "real" con los clientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bromeo con ellos. • Ríe con ellos. • Entender lo que puede significar perder a un hijo.

(Cfr. Sells *et al.*, 1996).

Por otro lado, en el cuadro 2.1 también apreciamos que, en un momento dado, es difícil hablar de categorías mutuamente excluyentes, si uno se remite al significado que los entrevistados mismos manejan. Por ejemplo, el escuchar es utilizado en el caso de los pacientes tanto para hablar de las razones por las que se sintieron más a gusto, como de las razones por las que el terapeuta fue

cuidadoso. En el caso de los terapeutas, vemos cómo el bromear es a un mismo tiempo parte de lo que evita convertirse en un profesional rígido y de lo que permite ser comprensivo con los clientes. En estos ejemplos, los contenidos no se presentan totalmente excluyentes y lo que pareciera hacer una diferencia, es la forma en la que se le usa dentro de una argumentación.

Como en otros estudios que se han citado, parte de lo que la investigación de Sells *et al.* (*op. cit.*: 329) verifica es que "la terapia funciona": "ocho de catorce clientes entrevistados identificaron áreas específicas que habían mejorado como resultado de la terapia".

Al hablar de los momentos efectivos en terapia (recuérdese que es un estudio que evalúa diferentes momentos durante el tratamiento), los autores reportan que los clientes aluden a ciertas intervenciones específicas del terapeuta como hacer tareas en casa, tener metas específicas y recibir apoyo o respaldo, así como a "cosas específicas que pasaron debido al proceso de terapia", como tener más perspectivas sobre el problema y tener un lugar seguro para hablar sobre los sentimientos y problemas. Por su parte, los terapeutas mencionaban más eventos relacionados con técnicas específicas.

Los aspectos no efectivos del tratamiento se investigaron bajo la idea de "algo que el terapeuta hizo que no fue útil" y bajo la idea de lo que ocurría cuando una sesión no había sido útil (*Idem*). Los clientes reportaron como no efectivo que el terapeuta no enfrentaba directamente el problema, no entendía la situación del problema, o bien, aquellos momentos en que no había, ni metas, ni una dirección clara en el tratamiento. Por su parte, los terapeutas mencionaron como no efectivo el que no hubiera metas, ni una dirección clara en el tratamiento, así como no dar el mismo tiempo para hablar, a todos los miembros de una familia.

Estos dos últimos aspectos, no tener metas, ni una dirección clara en el tratamiento, muestran otro de los pocos acuerdos mencionados por los autores en este estudio. Los modelos que habían aprendido los terapeutas en este estudio incluían el estructural, el estratégico, el orientado a soluciones y el experiencial; un común denominador que podemos encontrar en estos modelos es que están orientados a metas (Fisch *et al.*, 1982, Minuchin y Fishman, 1981, O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Pensando en las percepciones de los entrevistados, quizás el énfasis que se da a la cuestión de las metas, pueda

estar también relacionado con el hecho de que se trata de datos recopilados durante el proceso de tratamiento. Más adelante veremos que a la larga, cuando se entrevista a los actores de la relación terapéutica, tiempo después de su experiencia, la cuestión de las metas puede perder centralidad.

Vemos como la mayor parte de los resultados antes mencionados remiten al terapeuta como *locus* de lo no efectivo y si bien se trata de las percepciones de clientes y pacientes, vimos que uno de los puntos de investigación ya delimitaba el campo de respuesta hacia "algo que el terapeuta hizo que no fue útil". Vale la pena recordar una observación crítica que se ha hecho en la literatura, en el sentido de que normalmente las "fallas" no se encuentran en los modelos, sino en la persona que está implementando un modelo, dado lo cual, "la integridad del modelo queda asegurada" en todo momento (Hubble *et al.*, 1999b).

2.4 La veta de la observación clínica

Diversos autores reconocen actualmente que cada orientación terapéutica lleva consigo una explicación de aquello que concibe como problema, cambio y terapia:

"Cada teoría de la terapia puede ser descrita, analizada, comparada y contrastada con otras, en términos de cómo informan, sus premisas teóricas, tres características básicas: la posición del terapeuta, el proceso de terapia y el sistema terapéutico." (Anderson, 1997: 68).

Para Anderson, al analizar la posición del terapeuta se puede ver lo que corresponde al rol y a la intención del terapeuta; al examinar el proceso de terapia puede verse aquello que ocurre dentro de las conversaciones terapéuticas y aquello que es requerido para la transformación; y al reflexionar sobre el sistema terapéutico, se puede ver quiénes pueden pertenecer a la relación terapéutica según las presuposiciones del modelo u orientación.

Por otro lado, otros autores hablan de que "todos los terapeutas operan de acuerdo con ciertas creencias o presuposiciones acerca de lo que facilita resultados positivos" (Ogles *et al.* 1999: 202).

Más allá de los estudios, cuyo objetivo se ha centrado en detectar específicamente elementos de utilidad terapéutica, se considera que gran parte del conocimiento relativo a este tema se encuentra disperso en la literatura donde los terapeutas, en un intento de describir lo que hacen, inevitablemente abordan el tema de aquello que les ha resultado útil dentro de sus encuentros terapéuticos.

Por ejemplo, de Shazer (1988), inspirado en un aforismo del filósofo del siglo XIV, William de Ockham, que dice: "es innecesario emplear muchos medios en algo que se pueda hacer con menos", habla de tres guías relacionadas con la eficacia de la terapia breve: si no está roto, no lo arregle; una vez que sepa qué funciona bien, haga más de eso; si no funciona bien, no lo repita, haga otra cosa.

Ahora bien, como se ha visto a lo largo de este capítulo, no todas las aproximaciones y explicaciones que existen sobre lo que se hace en terapia resaltan su cualidad relacional, interaccional, de encuentro entre dos personas. Y hemos visto también que aun cuando se conciba la terapia como una relación o como un encuentro, no siempre las explicaciones que se hacen corresponden a una postura explicativa que busque dar cuenta de la relación en términos relacionales.

En los párrafos siguientes, se describirán algunas perspectivas hacia la terapia que se identifican como parte de las propuestas posmodernas, las cuales, en general, explican su idea de lo que es terapia y lo que sucede dentro del encuentro terapéutico, en términos relacionales. Como se mencionó en la introducción de este documento, dichas propuestas son parte de las ideas que han alimentado la perspectiva hacia la terapia de la autora de este trabajo.

2.4.1 La perspectiva colaborativa

La propuesta colaborativa de la terapia ha sido identificada como una de las tendencias posmodernas actuales que centra la atención en los procesos que se dan entre los individuos y que teóricamente se identifica con las premisas posmodernas, de la hermenéutica y del construccionismo social (Hoffman, 1992; Anderson, 1997).

Tal como lo propone Anderson (*op. cit.*: 3), su propuesta colaborativa está basada en las siguientes presuposiciones filosóficas:

1. Los sistemas humanos son sistemas de lenguaje y sistemas generadores de significado.
2. Su construcción de la realidad son formas de acción social, más que procesos mentales, individuales, independientes.
3. Una mente individual es una creación social y, por tanto, el Yo se convierte en una creación social, relacional.
4. La realidad y el significado que nos atribuimos a nosotros mismos y a otros, y a las experiencias y eventos de nuestras vidas, son fenómenos interaccionales creados y vividos por individuos en conversación y en acción (a través del lenguaje) el uno con el otro y con ellos mismos.
5. El lenguaje es generativo, le da orden y significado a nuestras vidas y a nuestro mundo, y funciona como una forma de participación social.
6. El conocimiento es relacional y adquiere forma y es generado en el lenguaje y en nuestras prácticas cotidianas.

Harlene Anderson y Harry Goolishian son autores de la propuesta colaborativa, que han sido identificados como los primeros en enfatizar y desarrollar la importancia del lenguaje dentro del campo de la terapia familiar (Andersen, 1992).

De manera similar a otras propuestas en terapia familiar, la perspectiva colaborativa utiliza la metáfora de "sistema" para explicar al ser humano en general y en la terapia. Sin embargo, a diferencia de otras escuelas de terapia familiar, el significado que se le da al término sistema en este enfoque, consiste en ver a los sistemas humanos como sistemas lingüísticos generadores de significado (Anderson y Goolishian, 1992; Goolishian, en Fried y Fuks, 1992). Siguiendo esta línea general de pensamiento, la terapia puede quedar conceptualizada como *"un sistema de lenguaje y un evento lingüístico en el cual las personas están comprometidas en una relación y conversación colaborativas - una labor mutua hacia la posibilidad"* (Anderson, 1997: 2, cursivas en el original).

En el encuentro terapéutico el significado y el conocimiento son construidos conjuntamente por cliente y terapeuta, en una situación donde las personas

"dentro" de una conversación llegan a estar de acuerdo "en estar experimentando el mismo fenómeno de la misma manera", de acuerdo con lo cual, se habla de una construcción intersubjetiva (Anderson y Goolishian, 1988).

La noción de Wittgenstein de "juegos de lenguaje", como lo consideran Anderson y Goolishian, hace pensar en el carácter dinámico de las construcciones, de manera que no se focaliza tanto en la estructura lingüística, sino en el significado cambiante, las construcciones en continuo desarrollo. Siguiendo a Rorty, las teorías y prácticas terapéuticas no corresponden a representaciones exactas de una realidad social, sino a "lentes temporales", abiriéndose paso con esto, a la multiplicidad de perspectivas (*Idem.*).

El sistema de significados, sistema relacional, que llega a terapia bajo el rubro de "problema", conforma y define a los terapeutas y clientes que serán parte del sistema terapéutico, de ahí que se hable de que "el problema crea al sistema" y no al revés (Anderson, *op. cit.*). A medida que terapeuta y cliente participan en el diálogo, pueden identificarse aspectos que "organizan" al problema y, a través de la emergencia y generación de nuevos significados, elementos que lo "disuelven", de manera que se habla del sistema terapéutico como un "sistema organizador/desintegrador del problema". Con base en lo anterior, el papel del terapeuta se concibe análogo al de un "observador participante" en el campo de la etnografía, que facilita, con sus aportaciones al diálogo, la creación de un espacio conversacional dentro del cual vaya variando la definición original del problema (Anderson y Goolishian, *op. cit.*).

En cuanto a la posición del terapeuta, se habla de la importancia de que el profesional se presente con el cliente en una forma "*incongruente con las expectativas del cliente*", mostrándose interesado en aprender desde el punto de vista particular de cada uno de sus clientes (Anderson, *op. cit.*: 84).

La posibilidad de cambio a través del diálogo está relacionada con la noción de Gadamer, quien resalta cómo al expresar algo implicamos en ello lo que no expresamos, lo "no-dicho". En este orden de ideas, el terapeuta toma como guía inicial el significado "tal como es descrito por los clientes", pero una noción importante consiste en tratar de irse saliendo poco a poco de los límites de dicho significado en busca de lo "no-dicho".

Con gran probabilidad, el terapeuta confronta "múltiples y contradictorias ideas simultáneamente" y al fomentarse una postura de imparcialidad, se pueden tomar en cuenta todos los puntos de vista emergentes, evitando con ello, caer en una "conversación monológica", donde un grupo de ideas domine y paralice la viabilidad del cambio (Anderson y Goolishian, *op. cit.*). Tal como es señalado en la literatura, un significado nuevo y diferente no emerge de cualquier tipo de conversación. Es en el proceso conversacional de relatar y volver a relatar las historias o relatos familiares, comunes, que un nuevo significado, lo no dicho y "lo que está por ser dicho", emergen. Este nuevo significado tiene que ver con accesar la agencia personal y con la disolución del problema. Las conversaciones donde emerge nuevo significado son pensadas como dialógicas y aquellas donde no emerge nuevo significado, como monológicas. En una conversación monológica "nadie se siente respetado, escuchado o considerado seriamente" (Anderson, *op. cit.*).

El cambio y transformación en una perspectiva colaborativa requieren una "posición" del terapeuta referida como una "postura filosófica", "una *forma de estar en relación* con nuestros seres humanos compañeros, incluyendo cómo pensamos acerca de ellos, cómo hablamos con ellos, cómo actuamos con ellos, cómo respondemos a ellos" (*Idem:* 94, cursivas en el original). La postura filosófica es traducida por cada terapeuta a su manera, permitiendo con ello "el desarrollo y el uso del estilo personal del terapeuta" (*Idem:* 98).

Así, de acuerdo con el estilo personal de Harlene Anderson, como parte de la forma de estar, es resaltada cierta intencionalidad o deliberación por parte de ella como terapeuta:

"Expresamente, quiero apreciar, ser abierta, genuina, respetuosa, invitadora y curiosa - todas estas características importantes al estar en una relación de terapia que es mutua, colaborativa, cooperativa, e igualitaria. Intencionalmente escojo estar de esta manera, porque la valoro." (*Idem:* 107).

Bajo esta perspectiva, otra noción a considerar dentro del encuentro terapéutico, es la idea de colaborar. Al pensar en el proceso terapéutico como un proceso de co-generación de significado, los sistemas de significado del terapeuta y del cliente juegan papeles igualmente relevantes, con lo cual pierde sentido una noción de diferencias jerárquicas. En lugar de ello se contempla cierta intersección de significados, fruto de un "esfuerzo colaborativo", donde

puedan surgir y generarse esas narrativas aún no dichas (Goolishian, en Fried y Fuks, *op. cit.*). Por otra parte, "cuando un terapeuta invita y permite colaborar a su cliente, la responsabilidad se vuelve compartida", la responsabilidad sobre lo que ocurre en el proceso y sobre los resultados del mismo (Anderson, *op. cit.*: 105).

Es considerado que cada sistema humano, sistema lingüístico, será siempre mejor descrito por aquellos que participan en él y, en este sentido, se habla de una posición de "no-experto" para el terapeuta, una posición de "no-saber", que lleva a los profesionales a: "...escuchar de tal manera que sus experiencias previas no los cierren al significado completo de las descripciones de las experiencias de los clientes." (Anderson y Goolishian, 1992: 30).

Tratar de mantener una postura de "curiosidad" que le permita al terapeuta adentrarse en la unicidad de cada caso, puede facilitar una postura de "no-saber" en lo que a la vida y experiencias únicas del cliente se refiere ya que, en lo que a su vida se refiere, "el cliente es el experto". Una actitud de curiosidad hacia la narración del cliente, permite plantear preguntas que resulten de "una necesidad de saber más acerca de lo que acaba de ser dicho" por el cliente. Con base en ciertas distinciones hechas por Bruner, Anderson y Goolishian (*op. cit.*) mencionan que hacer preguntas desde una "postura paradigmática" implica, por parte del terapeuta, con explicaciones y categorizaciones, hacer preguntas desde una postura de experto, de saber. Por el contrario, hacer preguntas desde una "perspectiva narrativa", implica ir comprendiendo a medida que se acepta la guía discursiva del cliente.

Con base en entrevistas llevadas a cabo con clientes sobre sus experiencias en tratamientos exitosos y no exitosos, Harlene Anderson (*op. cit.*: 140) identifica ciertos rasgos relacionados con la postura del no saber que pueden facilitar relaciones colaborativas, conversaciones dialógicas, a saber y según la voz de los clientes: confiar y creer, hacer preguntas conversacionales, escuchar y responder, mantener coherencia, estar en sincronía, honrar el relato o historia del cliente.

Al hablar sobre el papel de las preguntas conversacionales como parte de una conversación dialógica, se manifiesta que cualquier comentario o pregunta puede ser verbalizado, y que lo más importante:

"...es la postura de la cual proviene - la manera, el tono, el ritmo. Cualquier pregunta [...] ofrecida en una manera tentativa [...] estando abierto a la otra persona y dejando un espacio para su participación [...] las preguntas hechas en esta forma, permiten al cliente responder a ellas, reconstruirlas o ignorarlas." (*Idem*: 151).

De esta manera, el terapeuta es experto en hacer preguntas, un "experto en crear un espacio dialógico y en facilitar un proceso dialógico -una postura filosófica" (*Idem*), donde tiene lugar un significado y un diálogo "locales", pertenecientes a la conversación que se está llevando a cabo entre el cliente y el terapeuta en un momento dado. Al contemplar lo local, se busca entender las narrativas y metáforas que relata el cliente así como aquéllas que emergen en función de su especificidad contextual (Anderson y Goolishian, 1992). Así, el significado emergente puede depender de la conversación que tiene lugar en un momento dado, de la relación entre los conversadores, de las preconcepciones, intenciones y expectativas de cada participante, de las convenciones culturales relacionadas con aquello de lo que se habla, o de la característica dinámica y transformativa de la generación de significados (Anderson y Goolishian, 1988: 72):

"...un sistema de terapia, por tanto, se compromete en desarrollar lenguaje y significado específicos a sí mismo, específicos a su organización, y específicos a su 'dis-solución' alrededor del problema".

Al hablar de las características básicas que identifica en todas las conversaciones, Harlene Anderson (1997: 111) cita las siguientes:

1. Todos los participantes entran a una conversación con un marco que incluye lo que traen de sus vidas cotidianas, por ejemplo, la propia identidad.
2. Cada conversación ocurre dentro de un contexto local (interpersonal) o universal (cultural, social, histórico).
3. Cada conversación está empapada de, será parte de, será influida por e influirá una miriada de otras conversaciones pasadas y futuras - ninguna conversación es un evento aislado.
4. Cada conversación tiene un propósito, expectativas, e intenciones con las que contribuyen todos los participantes.
5. Cada conversación externa, hablada entre los participantes incluye conversaciones internas, en silencio, en los participantes.

La noción de "círculo hermenéutico", extrapolada a la situación terapéutica, resalta el elemento de las preconcepciones como el punto del que parten las preguntas que hace el terapeuta, el círculo interpretativo se completa y regenera las preconcepciones, con las "partes emergentes" del cliente (Anderson y Goolishian, 1992).

Cierta narrativa tendrá una trascendencia especial, en función de facilitar o no la percepción de uno mismo como "competente", como poseedor de una "agencia" sobre la propia vida y sobre el relato problemático. Al generarse un sistema de significados diferente, la nueva narrativa de sí mismo puede proporcionar a las personas mayor sentido de agencia para la disolución del problema, ya que la nueva historia implicaría también una "nueva identidad narrativa", un cambio construido en colaboración con el otro acerca de la percepción de sí mismo, que permitirá organizar de manera diferente la experiencia y, por tanto, vivir bajo otra realidad (*Idem.*).

Al abordar el tema del Yo como resultado de un intercambio dialógico, se alude a un diálogo que puede ser tanto interno como externo (Goolishian, en Fried y Fuks, *op. cit.*). Son diversos los autores que consideran la posibilidad de hablar de diálogos intra e interpersonales (Andersen, 1991; Hoffman, 1989).

Al hablar en términos de diálogo interno o conversación con un otro virtual, la noción de los procesos individuales se aborda bajo una perspectiva relacional y de intercambio social. Esto es diferente a la idea de que el individuo construye su visión de mundo a través de sus propios recursos, en un esfuerzo "adaptativo", determinado por cierta estructura, ideas compartidas por algunos autores constructivistas a diferencia de propuestas construccionistas hacia la construcción del conocimiento en general y en la terapia (Anderson, 1997; Anderson y Goolishian, 1992; Gergen, 1985; Gergen y Kaye, 1992).

El terapeuta conversa consigo mismo y con sus clientes en una forma que se vuelven negociables y cambiables sus puntos de vista, terapeuta y cliente quedan inmersos en un proceso de constante interpretación y reinterpretación, constatándose que "el consenso resulta frágil y está permanentemente abierto a la renegociación y a la disputa" (Goolishian, en Fried y Fuks, *op. cit.*).

2.4.2 La perspectiva del equipo reflexivo

Como lo llama Hoffman (1992), el grupo de Tromso es una aproximación participativa hacia la terapia y, entre otras cosas, representa una alternativa en cuanto a una cuestión que preocupó mucho dentro del campo de la terapia familiar, la cuestión de la jerarquía en el encuentro terapéutico.

Con la propuesta del Equipo Reflexivo (ER) como forma de trabajo en las sesiones de terapia se pueden apreciar las influencias entre los seres humanos, como lo diría Lax (1992), dejando de lado la idea de una posición "meta" del equipo terapéutico, pensando en términos de "configuraciones laterales versus jerárquicas". La modalidad de trabajo del (ER), desde el punto de vista de este documento, da lugar a toda una propuesta teórica (Andersen, 1991).

Dentro del campo de la Terapia Familiar, el trabajar en la sesión terapéutica con un equipo de apoyo es una idea ampliamente implementada por la Escuela de Milán (Selvini *et al.*, 1978).

Tal como lo menciona Andersen (1991 y 1992), al estar trabajando bajo la modalidad terapéutica propuesta por el Equipo de Milán, él y otras personas empiezan a notar que dicha modalidad de trabajo no satisface sus necesidades y expectativas porque, por ejemplo, el terapeuta entrevistador se limitaba a transmitir el mensaje que mandaba el equipo, dejando fuera el proceso mediante el cual el equipo mismo llegaba a determinar el mensaje. Por otro lado, resaltaba la dificultad de que todos los miembros del equipo coincidieran y estuvieran de acuerdo con una sola intervención. Como Andersen (1991) lo narra, surgió entonces una interrogante acerca de la utilidad que tendría que los integrantes del equipo terapéutico fueran observados por las personas que asistían a terapia, mientras trataban de "encontrar una o más rutas para llegar al objetivo". Y es la resolución a esta interrogante la que permite que se conforme la propuesta del ER.

Para Andersen (1991 y 1992), la palabra reflexión es entendida en términos de "algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta", y no en el sentido de que los comentarios que llegan a hacer los integrantes del equipo sean una "réplica" o "reflejo" del relato de los clientes.

Según la modalidad original de trabajo, se piensa en dos equipos uno de los cuales se denomina "sistema de entrevista", integrado por el terapeuta y las personas consultantes (así llama Andersen a sus clientes o pacientes) y este sistema es considerado autónomo, en tanto "define por sí mismo de qué y cómo se habla". El segundo equipo, "el reflexivo", queda constituido por los terapeutas o personas inicialmente observadoras.

En términos generales, la forma de proceder incluye un primer momento en el que cada miembro del ER escucha en silencio al sistema de entrevista, tratando de cuestionarse sobre las descripciones y/o comprensiones presentadas, y pensando en múltiples alternativas.

En un segundo momento, cada miembro del equipo presenta sus ideas ante el sistema de entrevista, con el cuidado de mirarse sólo entre ellos y no mirar a los miembros del sistema de entrevista, de no pronunciar reflexiones fuera del contexto de la conversación de entrevista, de no manifestar connotaciones negativas y de dejar abierta la posibilidad de que pueda no ser aceptado algún punto de vista.¹⁰ Como paso final, se propone al sistema de entrevista manifestar sus reflexiones sobre los puntos de vista del ER.

De manera similar a lo que se habla dentro de la perspectiva colaborativa, en la aproximación del trabajo reflexivo, la conversación dada en el encuentro terapéutico se concibe como un medio a través del cual se pueden intercambiar significados, de manera que puedan encontrarse descripciones, definiciones, comprensiones y significados diferentes a aquellos dados por la narrativa del problema:

"Cuando cada uno de los que se presentan en la situación tienen significados que son en parte diferentes de los de los demás, pueden emerger nuevos significados si éstos son intercambiados en conversaciones." (Andersen, 1991: 56. sic.).

¹⁰ De acuerdo con lineamientos para la reflexión descritos posteriormente por Andersen (1995), es importante que, al hacer sus comentarios, las personas hablen y se sientan libres de comentar lo que quieran, a partir de algo que hayan escuchado como parte del relato del paciente, sin incluir necesariamente lo que se haya visto; cuando se hacen comentarios con base en algo que se ha visto, podrían verbalizarse con mayor probabilidad ideas que presupongan aspectos de la vida de las personas, en otras palabras, ideas que no formen parte del contexto de conversación.

La idea en torno a la creación de significados aún "no-vistos" es tratada con detalle cuando se habla de la necesidad de establecer diferencias y distinciones dentro de la sesión terapéutica. Inspirado en la afirmación de Bateson acerca de "la diferencia que hace la diferencia" para entender aquello que es información y no ruido, Andersen (1991) propone tener cuidado en que la introducción de diferencias, dadas por los comentarios que se hacen sobre la conversación del sistema entrevista, sea apropiadamente "inusual", ni muy inusual, ni muy usual.

Un ejemplo de esto puede encontrarse cuando el autor narra el caso de ciertos tratamientos fisioterapéuticos, donde al presionar el músculo tenso de manera extrema, ya sea muy fuerte o muy débilmente, la respiración del paciente no suele ser la idónea para lograr la relajación de los músculos (*Idem.*). Se alude a este concepto, porque es una forma de hablar de lo que puede ser o no novedoso, nuevo, diferente para el cliente en un encuentro terapéutico.

Una de las herramientas principales con las que se cuenta para poder establecer en el relato estas "diferencias que hacen las diferencias" es la elaboración de preguntas. Las preguntas iniciales parten de lo que el autor llama "aperturas", es decir, aquellos elementos de discurso que manejan las personas que consultan.

Andersen (*op. cit.*) plantea una serie de elementos a tener en cuenta a la hora de elaborar preguntas dentro del encuentro terapéutico. Cuando se hacen preguntas sobre descripciones de las personas entrevistadas, propone que se hagan utilizando los nexos de "en comparación con", "en relación con", "diferente de". Como en el caso de la perspectiva colaborativa, Andersen parece reconocer la intencionalidad en la persona del terapeuta, por ejemplo, habla de preguntar con la intención de "sonsacar explicaciones", esto es, favorecer un proceso argumentativo por parte de las personas entrevistadas. Para este autor, es posible indagar sobre las conversaciones pasadas, presentes y futuras, y puede preguntarse también con la intención de "especular", esto es, hacer preguntas utilizando expresiones del tipo "¿y qué tal si?".

En esta modalidad de trabajo, se habla de una postura de curiosidad como implícita al proceso de interrogar, que tiene como meta encontrar descripciones y explicaciones alternativas al discurso inicial. En este orden de

ideas, Andersen (*op. cit.*) habla de la utilidad que puede tener el hacer preguntas que las personas no acostumbran hacerse, lo que remite al terapeuta a un cuestionamiento de orden más general: "¿cómo podemos hablar uno con el otro y con nosotros mismos, en una forma en la que no lo hemos hecho antes?" (Andersen, citado en Anderson, 1997).

Un aspecto que forma parte de la propuesta de Andersen (1991) tiene que ver con los procesos internos al individuo, las personas que están en terapia están participando tanto de un diálogo externo, como de un diálogo interno. El encuentro terapéutico pensado como un "ciclo de conversación" adquiere cierto ritmo según las pausas y silencios entre el "hablar (actuar)" y el "escuchar (sentir)", para este autor, dicho ritmo permite y facilita acceder a la "conversación interna".

La noción de "círculo hermenéutico" de Gadamer y Heidegger es parte del fundamento teórico de Andersen (1994) y ayuda a encontrar una relación entre la conversación interna y la externa. La idea es que a partir de una "comprensión previa" que entra en relación con cierta "experiencia local", se crea un círculo interpretativo donde se vuelve posible la generación y regeneración de significados. En otras palabras, la experiencia local puede ser diferente cada vez, de manera que sea necesario modificar la comprensión previa para poder interpretar la nueva experiencia, al modificarse la comprensión previa, se re-genera el significado anterior y tiene lugar un significado diferente. Dentro de este círculo interpretativo entre experiencia local, comprensión previa, experiencia local, de alguna manera está en juego cierta conformación del Yo:

"...vivimos nuestras vidas de acuerdo al marco vital que nos ha estructurado en el pasado [...] 'el ser en el mundo' [...] equivale a una búsqueda constante de significados [...] ligados a cómo nos entendemos y cómo entendemos al mundo..." ¹¹ (*Idem.*: 3).

¹¹ Vale la pena comentar que en múltiples ocasiones, dentro la literatura de la terapia y de la teoría del conocimiento que se inspira en tesis construccionistas sociales, se hace referencia al término "way of being" que en español remite a dos sentidos "forma de estar" y "forma de ser". Según las palabras que acompañan o anteceden a este término, muchas veces es claro si se le traduce como "forma de estar" en lugar de "forma de ser", no obstante, en ocasiones no es tan claro y así, la traducción de sentido se dificulta.

Para este autor, cierta comprensión previa o "pre entendimiento", limita la posibilidad de comprensión a las características particulares del sistema de significados de una persona en un momento dado. En relación con esto, Andersen (1994) retoma las ideas de Wittgenstein acerca de cómo "los límites del lenguaje nos marcan los límites de nuestro mundo". En tanto el mundo, lo real, está condicionado a una comprensión previa y a los límites del lenguaje que obedecen a determinadas convenciones, la cuestión de qué realidad es mejor deja de tener relevancia y se abre un espacio para "todas las descripciones y explicaciones de una situación que existan" (Andersen, 1991)¹²

Lo anterior, permite dejar de pensar en los discursos en términos excluyentes, "o este, o el otro", para pasar a concebirlos desde una "posición inclusiva", "éste y el otro" (Lax, 1992, Andersen, 1992 y 1994).

A nivel de contenido, tan pronto como una palabra puede significar diferentes cosas, entonces otras palabras estarán tácitamente "incluidas en las palabras que verbalizamos", y el reto en un encuentro terapéutico está en torno a la posibilidad de encontrar esas otras palabras. En palabras de Goolishian, "En el lenguaje siempre existe la posibilidad de un cambio, porque no hay una relación fija y única entre significado y significante." (citado en Fried y Fuks, 1992: 41).

Por otro lado, en un nivel de análisis que coincide con las orientaciones pragmáticas del estudio del lenguaje, Andersen (1994) se refiere a la multiplicidad de efectos que pueden tener las palabras conforme a sus diversos significados, al impacto que pueden tener las palabras. De esta manera, señala una característica "informativa" del discurso en una conversación (que podríamos interpretar como orientada al contenido), pero por otro lado, están aquellos aspectos "formativos" que nos constituyen, nos afectan y dan cuenta de la "manera de estar en el mundo" que nos caracteriza:

"Algunas palabras, cuando son habladas y consecuentemente escuchadas por el que habla [o por el que escucha], podrían inmediatamente influenciar

¹² Andersen retoma las ideas de Wittgenstein resaltando la cuestión de los límites, como se vio más atrás, Anderson y Goolishian remarcan el carácter dinámico de los juegos de lenguaje. Señalando características diferentes de una misma noción filosófica, en ambos cuestionan la noción de que una sola verdad sea la válida y con estas explicaciones, apoyan el argumento de que sea posible concebir una multiplicidad de perspectivas múltiples, cierta polifonía entre los relatos de las personas que asisten al encuentro terapéutico (Gergen, 1991, Anderson, 1997).

la actividad de la pared abdominal de una manera más suave o más fuerte." (Andersen, 1992: 65).

Con base en la idea de que la propuesta del ER carece de un "cuerpo teórico de conocimiento para guiar los esfuerzos de investigación y de práctica", Jenkins (1996) presenta un estudio donde, usando la Técnica Delphi, investiga las opiniones de expertos terapeutas acerca de: las presuposiciones teóricas; las técnicas; cómo ocurre el cambio; metas principales; y en qué ocasiones usar el ER, así como las contraindicaciones de la aproximación del ER. En los párrafos siguientes se comentarán algunos de los resultados de este estudio, según su pertinencia en relación con este documento.

Como parte de las presuposiciones teóricas donde se observó mayor consenso entre los expertos, que cumplieron con los requisitos para quedar dentro del perfil, Jenkins (p. 225) menciona las siguientes: existen múltiples caminos para el cambio; las conversaciones abiertas son preferibles a las deliberaciones secretas; la terapia consiste en establecer un diálogo fluido (conversación) entre la gente, de manera que puedan emerger nuevas ideas o relatos y/o los problemas lleguen a parecer menos problemáticos; la terapia es una conversación y no algo que se hace a un paciente; el cambio es el surgimiento de nuevo significado a través del diálogo; las connotaciones positivas, lógicas y útiles son enfatizadas más que las peyorativas; hay una creencia fundamental en la habilidad de la gente para hacer elecciones, construir realidades orientadas hacia la salud y según sus propios intereses.

El énfasis que es notado por este grupo de expertos terapeutas en cuanto al uso de connotaciones positivas, útiles y lógicas, ha sido señalado por Hoffman (1998) como un común denominador a la mayor parte de las orientaciones terapéuticas dentro del campo de la Terapia Familiar.

En cuanto a las técnicas e intervenciones asociadas a la práctica del ER donde se observó mayor consenso, Jenkins (p. 227) cita las siguientes: el compartir múltiples perspectivas; el hecho de que el equipo pueda ser usado creativamente por sus miembros; la alternancia de los roles, de hablar y escuchar para todos los miembros del sistema terapéutico; la especulación más que la interpretación; una escucha respetuosa; el hecho de que las intervenciones sean colaborativas más que "hechas a alguien"; el hecho de que el equipo pueda consistir en una sola persona; comunicar un sentido de

exploración mutua; el lenguaje que se usa es respetuoso, fuera del argot, improvisado, tentativo, curioso, indagador, un lenguaje de asociaciones, relatos, analogías e imágenes más que un lenguaje de solución de problemas; una postura de neutralidad, curiosa y no enjuiciadora para evitar volverse crítico y enjuiciador; una reflexividad en desarrollo; todas las intervenciones reflejan un sentido de respeto y un esfuerzo para desmitificar el proceso/relación terapéutica; limitar la reflexión a diez minutos para evitar sobrecargar a las familias y obstaculizar las respuestas.

En relación con lo que los expertos terapeutas consideraron en su mayoría sobre cómo ocurre el cambio en una aproximación de ER, Jenkins (p. 228) cita únicamente cuatro aspectos que cumplieron con el criterio de inclusión en el perfil: las conversaciones reflexivas crean un diálogo en el que la gente puede pensar, sentir, describir y entender su situación de múltiples maneras, y esto permite que el sistema se mueva a su manera; los clientes cambian de narrativa y a esto le sigue un cambio de conducta, o bien, el problema deja de ser visto como problema; aceptación del sistema cliente; múltiples perspectivas ofrecen una oportunidad para cambios en la generación de significados, cambios en los significados, cambios de posiciones y relaciones, cambios en las acciones.

Llama la atención cierta ausencia de vocabulario por parte de los expertos cuando se aborda el tema de "cómo ocurre el cambio". Esto podría tener dos explicaciones, una sería que la ausencia de vocabulario estuviera relacionada con el filtro de "inclusión en el criterio" dado por la estrategia de análisis, y otra sería, siguiendo a Berger y Luckmann (1966), que en el "acervo común de significado" de estos terapeutas existen pocos "recursos" para argumentar sobre el tema de cómo ocurre el cambio.

En cuanto a las metas principales bajo una aproximación de ER, llama la atención la "ausencia de metas" bajo el enfoque, tal como lo reporta Jenkins (p. 229) dichas metas quedan constituidas por: el desarrollo de una nueva narrativa que incluye cambio conductual y un sentido de esperanza hacia el futuro, lo cual remite a un cambio de tipo cualitativo tanto en el discurso del cliente como en sus interacciones; y crear un contexto/conversación en el que relatos nuevos y más útiles puedan emerger.

Sobre las ocasiones en que el ER es útil, el consenso de los terapeutas parece orillarse hacia su utilidad como herramienta de entrenamiento, los casos en que

se supervisa con R . Lo anterior llama mucho la atención, porque uno pensaría que la utilidad de la aproximación podría haberse mencionado de manera primordial para el contexto terapéutico y no tanto para el de entrenamiento.

Finalmente, una serie de contraindicaciones para el uso del R fueron mencionadas por los terapeutas en el estudio de Jenkins (p. 231): cuando no es ofrecido con el espíritu de que sea útil, cuando es forzado, cuando se insiste en usarlo; cuando los miembros de la familia o el terapeuta *no cree* que una aproximación tal sería útil; cuando los miembros del equipo enjuician y critican y utilizar etiquetas estáticas de conducta; y cuando no es guiado por el diálogo entre familia y terapeuta.

2.5 La agencia personal

Con base en la literatura revisada pareciera existir cierto consenso acerca de que un aspecto que está en juego en todo momento del encuentro terapéutico y del encuentro con los otros es la agencia personal del paciente. Rs como si existiera un acuerdo acerca de que la gente que busca ayuda terapéutica tiene "problemas" con su agencia personal. Se alude a esta idea de diversas maneras, pero dicha alusión parece consistente:

"En la terapia, conocemos gente cuyos 'problemas' pueden ser pensados como emanando de narrativas sociales y definiciones personales o historias personales que no proporcionan una agencia efectiva..." (Anderson, 1997: 233).

Cuando se habla del concepto de agencia personal o conceptos relacionados, frecuentemente se hace referencia, también, a la otra cara de la moneda, usando términos como "víctima" o "desmoralización".

Tal como lo propone Frank (citado en Snyder *et al.*, 1999), cuando la gente busca ayuda psicológica es cuando se siente desmoralizada. Rr esta línea, son propuestos ciertos elementos que comúnmente operan contra la desmoralización del cliente en el encuentro terapéutico. Rr primer lugar, una relación terapéutica cargada emocionalmente que "re moraliza al cliente"; en segundo lugar, "un escenario terapéutico" que, en tanto contexto terapéutico, "manda el mensaje de que el cliente puede esperar un cambio"; en tercera

instancia, "un mito o explicación terapéutica" que, como su nombre lo dice, consiste en una explicación sobre el porqué de lo problemático, así como una explicación de la mejoría a través del proceso terapéutico; y en último lugar, "un ritual terapéutico" que incluye los procedimientos que usa el terapeuta (Frank y Frank, citados en *Idem.*).

Por otro lado, hablando de diferentes agrupamientos ("clusters") de síntomas que mejoran en diferentes momentos durante un tratamiento, Asay y Lambert (1999) mencionan como fase primordial aquella donde se observa "una restauración de la moral".

Otra interpretación del por qué la gente llega a terapia con una sensación de falta de "agencia personal", nos remite a las "soluciones intentadas" que en modelos como el de Palo Alto, fomentan el problema: "si los problemas son percibidos como difíciles y como habiendo resistido numerosos intentos de resolución, la gente [se muestra] con baja auto-eficacia" (Tallman y Bohart, 1999: 115).

Conceptos relacionados con el de agencia son el de auto eficacia, que se refiere a la estimación que una persona puede tener de su "habilidad para poner en acción una operación dada", y el de "locus de control", la creencia de un persona sobre su "habilidad para influir en el resultado" de los eventos que ocurren en su vida (Beyebach *et al.*, citados en Miller *et al.*, 1997).

Para autoras como Anderson (1997: 230), la agencia personal es entendida como "la percepción de competencia para la acción" de una persona, y es una idea cercana a las narraciones que se tienen acerca del Yo y de la Identidad. Para esta autora, a través de las narrativas del Yo: "nos volvemos actores, representantes o agentes y [...] derivamos un sentido de agencia personal o social", aunque, al mismo tiempo, son esas mismas narrativas las que pueden esconder la agencia personal de la persona.

Tener agencia personal es "tener la habilidad de actuar, sentir, pensar y *escoger* en una manera que es liberadora, que abre posibilidades o, que simplemente nos permite ver que existen nuevas posibilidades" (*Idem.*: 231). Pero la agencia personal va más allá del sólo hecho de elegir, implica, también, una "participación en la creación de elecciones posibles".

De esta forma, lo que sucede en el encuentro terapéutico va más allá de una sustitución o reemplazo de la narrativa del cliente por la del terapeuta, hacia la búsqueda de diferentes significados para la experiencia, pero también hacia una postura diferente con respecto a la experiencia, un encuentro donde el paciente es concebido como agente generador de significado: "Es una progresión de aprender nuevos significados, de desarrollar nuevas categorías de significado, de transformar nuestras premisas sobre la naturaleza del significado mismo" (Gergen y Kaye, 1992: 182).

En la perspectiva colaborativa para la terapia, la agencia personal es algo a lo que el cliente puede tener acceso, pero no es algo que se le pueda dar al cliente, junto con el cliente, el terapeuta participa en un "proceso que maximiza la oportunidad" de que la agencia personal emerja. Las narrativas en "primera persona" se vuelven un tema primordial dentro de la conversación terapéutica y el "cambio" es entendido como un proceso de transformación en el relato, hacia identidades que "abran posibilidades de formas de estar en y de actuar en el mundo" del cliente (Anderson, 1997).

En relación con lo anterior, Anderson (*op. cit.*) menciona dos palabras que sus clientes suelen utilizar cuando ella los entrevista sobre el resultado terapéutico: libertad y esperanza.

En el modelo de terapia narrativa, White y Epston (1990: 93) hablan también del concepto de agencia personal. Estos autores contraponen la tradición del "pensamiento lógico científico" con la del "pensamiento narrativo" y hablan de cómo es vista la persona en ambos tipos de pensamiento. En el pensamiento lógico científico, la persona es concebida como agente pasivo que se limita a reaccionar ante fuerzas internas o externas que actúan, moldean y constituyen su vida. En el pensamiento narrativo, la persona como protagonista y participante en su mundo, "un mundo en el que las personas participan con sus semejantes en la 're-escritura', y por tanto en el modelado, de sus vidas y relaciones".

Aunque con distintos nombres y diferencias en el significado cuando se utiliza el mismo nombre, la agencia personal y lo que sucede con ella es un elemento que distinguen diversos autores y parece ser uno de los aspectos centrales de lo que algunos teóricos relatan no sólo como resultado de la terapia, sino como parte de lo que entra en juego dentro del proceso terapéutico.

Lo que hasta aquí se ha expuesto, constituye una revisión de la literatura que se consideró relevante para el tema de aquello que funciona en el encuentro terapéutico. Aquello que se desglosará en los apartados siguientes puede ser leído como una aproximación a este campo de conocimiento, que se centra específicamente en los reportes de los actores inmersos en la relación terapéutica. Se exponen no sólo los resultados de la investigación, sino aquellos pasos que permitieron acercarse a dichos resultados.

3. Método

"Las preguntas son el oráculo del que encuentra su destino al contestarlas" (Vida Martínez, *Del cuestionamiento que deviene conocimiento*).

En este capítulo se presenta un panorama de aquellos pasos que se siguieron para llevar a cabo esta investigación, desde el planteamiento del objetivo, hasta las estrategias de análisis de los datos. Tal como se menciona en la introducción, se utilizarán las palabras genéricas de paciente y terapeuta al hacer referencia a los entrevistados, independientemente de su sexo. Por otro lado y para facilitar la lectura, a pesar de que se trabajó con cuatro diadas y una triada se hablará genéricamente de casos de investigación.¹

3.1 Objetivo del estudio

Identificar las descripciones y argumentaciones sobre los elementos que llevan a calificar un proceso terapéutico como exitoso desde la perspectiva del paciente y de su terapeuta.

3.2 Tipo de Estudio

En términos generales, este estudio es de tipo exploratorio, dado que se investiga acerca de los elementos que entran en juego en un proceso terapéutico considerado como exitoso o útil, desde la perspectiva de los actores mismos de la relación terapéutica. Se ha estudiado el tema tomando en cuenta el punto de vista de los terapeutas y de los pacientes por separado, y existen pocas investigaciones que den cuenta del éxito o utilidad de la terapia tomando en cuenta los reportes de las personas inmersas en la relación terapéutica *per se* (Sells *et al.*, 1996).

Como estudio interpretativo, esta investigación busca conocer aspectos de la vida social de las personas, la terapia como un espacio de interacción social,

¹ En el apartado de resultados, se abunda en el por qué de la decisión de convertir a la triada en dos casos de investigación, en este capítulo únicamente se justifica su pertinencia en la sección de procedimiento.

donde el investigador pregunta y entrevista "sistemática y controladamente a los actores que intervienen y participan con sus opiniones, actitudes o conductas en la vida social" (Ruiz Olabuenaga e Ispizúa, 1989: 78).

De acuerdo con lo que propone Creswell (1998: 61), la presente investigación constituye un estudio de caso colectivo y como tal, es "una exploración en el tiempo de un 'sistema', de un caso o múltiples casos 'delimitados', a través de una recolección de datos detallada y profunda que incluya múltiples fuentes de información ricas en contexto".

La entrevista en profundidad semi estructurada, que es el instrumento en esta investigación, está considerada dentro de las "múltiples fuentes de información" que se pueden tener sobre los casos que se estudian; otras son: observaciones, material audiovisual, reportes o documentos (*Idem.*).

3.3 Muestra

Atendiendo al señalamiento de que en la investigación cualitativa a mayor número de casos estudiados, es factible alcanzar menor profundidad dentro del análisis (Creswell, 1998), se trabajó con seis *casos de investigación*, derivados de cuatro diadas y una triada de pacientes y terapeutas, que expresaron su consentimiento voluntario a través de una carta que explicitaba el objetivo y procedimiento de investigación (Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta, 1997, norma 6.10 y norma 6.11, inciso a).²

En todos los casos de investigación, los entrevistados manifestaron que el tratamiento había sido útil y beneficioso para el paciente. Fue necesario partir de este consenso entre los integrantes de los casos de investigación para poder participar como entrevistados.

En todo momento se respetó el derecho a la confidencialidad de la información e intimidad personal de los entrevistados (*Idem.*, normas 5.01 y 5.02), así como el derecho a tener plena "libertad de participar o de declinar su participación o de retirarse de la investigación" en cualquier momento y sin que esto acarreará perjuicio alguno (*Idem.*, norma 6.11, inciso b, p.13). Cabe mencionar que ninguno

² En el anexo 1 de este documento se incluye una versión de la carta de consentimiento.

de los entrevistados declinó en algún momento su participación en el proceso de investigación.

El cuadro 3.3 muestra los datos personales de los entrevistados, así como algunos de los datos relativos a la terapia:

Cuadro 3.3 Características Generales de la muestra

Datos personales						Datos sobre la terapia		
Caso n°	Rol	Sexo	Edad	Estatus marital	Ocupación y orientación terapéutica con que se llevó el caso.	Experiencia del terapeuta al inicio de la terapia y tipo de práctica.	Duración de la terapia y frecuencia de sesiones.	Tiempo transcurrido después de la terapia.
1	Paciente	F	31	Soltera	Ingeniera.	23 años. Privada.	1 año. 1 vez por semana.	2 años
	Terapeuta	M	51	Divorciado	Narrativa. Construccionismo.			
2	Paciente	M	26	Soltero	Estudiante de Psicología y Escritor.	19 años Privada.	3 meses. 1 vez por semana.	3 meses
	Terapeuta	F	50	Casada	Posmoderna. Construccionismo. Soluciones.			
3	Paciente	M	53	Casado	Ingeniero.	21 años. Privada.	8 años. 2 veces por semana.	20 años
	Terapeuta	F	71	Divorciada	Psicoanálisis.			
4	Paciente	M	39	Soltero	Vendedor. Carrera técnica.	13 años. Institucional.	4 meses. 1 vez cada quince días.	2 años
	Terapeuta	F	35	Casada	Sistémica. Terapia Breve. Soluciones.			
5	Paciente	F	21	Soltera	Estudiante de Leyes.	Co terapeuta A: 6 meses Co terapeuta B: 10 años Institucional.	3 sesiones. 1 vez cada quince días.	1 año y 4 meses.
	Co-terapeuta A	M	28	Soltero	Terapia Familiar. Soluciones. Narrativa. Colaborativo.			
	Co-terapeuta B	F	35	Casada	Soluciones.			

así como la orientación terapéutica, el tipo de práctica que se anota en el cuadro, corresponde al tipo de atención que se dio al paciente que, como se aprecia, en tres casos fue privada y en dos institucional.

3.4 Instrumento

La estrategia de recopilación de datos que se utilizó en esta investigación fue la de "entrevistas en profundidad" de un tipo "semi-dirigido" puesto que se contaba con una guía de entrevista.

La entrevista en profundidad es una técnica para recabar datos que consiste en "obtener información, mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación" (Ruiz Olabuenaga e Ispizúa, 1989: 125).

Uno de los objetivos que persiguen las entrevistas en profundidad consiste en la "reconstrucción de acciones pasadas". En este trabajo, los entrevistados llevaron a cabo junto con la entrevistadora, una reconstrucción de su proceso terapéutico a través de la reflexión sobre aquellos elementos que, de acuerdo con la "experiencia personalizada, biográfica e intransferible" de los entrevistados, acompañaron al proceso terapéutico vivido como "útil y exitoso".

De esta manera, nos encontramos con uno de los casos de aplicación de las entrevistas en profundidad, es decir, aquellas ocasiones en que se hace necesario llevar a cabo un "análisis retrospectivo de la acción" (Alonso, 1995: 228). En otras palabras, la entrevista de investigación vista como "la descripción e interpretación de temas en el mundo vivido" de las personas (Kvale, 1996: 187).

A pesar de que el tema de las entrevistas corresponde al ámbito terapéutico, no se llevaron a cabo entrevistas terapéuticas; la entrevista en este estudio corresponde a la entrevista de investigación social que, tal como lo menciona Alonso, consiste en:

"...una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, [...] registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso *conversacional, continuo y con una cierta línea argumental* -no fragmentado, segmentado, precodificado y cerrado por un cuestionario previo- del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación". (Alonso, 1995: 228, cursivas en el original)

Como se vio en el capítulo precedente, con base en la literatura revisada sobre el tema de utilidad o efectividad terapéutica, se habla de algunos "elementos comunes" a todo tipo de tratamiento terapéutico (Miller *et al.*, 1997); por otro lado vimos también que hay autores que identifican aspectos de la relación terapéutica que, en el caso de su práctica clínica, favorecen el proceso terapéutico (Andersen, 1991, Anderson, 1997, de Shazer, 1988).

Lo anterior, permitió delimitar tópicos de investigación para conformar una guía de entrevista³, que más que verificar hipótesis a propósito de dichos tópicos, buscaba indagar el significado idiosincrásico que pueden tener dichos tópicos para cada una de las personas en los casos de investigación y, a partir de ello, poder hablar del significado idiosincrásico de un grupo de diadas mexicanas.

Por otro lado, como lo señalan Strauss y Corbin (1990), las preguntas o áreas de observación iniciales de la investigación pueden basarse en conceptos derivados de la literatura o de la experiencia, y es a lo largo de la investigación cuando puede probarse la relevancia teórica de dichos conceptos para el caso de una propuesta teórica en evolución.

Para esta investigación, se llevaron a cabo once entrevistas que tuvieron una duración promedio de tres horas y media cada una.⁴

3.5 Procedimiento

Se concertó una cita vía telefónica con los terapeutas y pacientes que colaborarían como entrevistados. El contacto con los terapeutas fue llevado a cabo por la entrevistadora. En el caso de los pacientes, la labor de persuadirlos para participar en la investigación es crédito de los terapeutas. Los terapeutas planteaban inicialmente a su paciente la posibilidad de ser entrevistados y, posteriormente, la entrevistadora los llamó por teléfono.

³ En el anexo 2 se encuentra una versión de la guía de entrevista inicial. Puesto que esta guía fue cambiando a lo largo del proceso de recopilación de los datos, se presenta también en este anexo una versión de la guía de entrevista modificada.

⁴ Cuando el discurso de entrevista fue fluido y casi no existieron silencios, se invirtieron en promedio cuatro horas de transcripción por cada hora de entrevista. Cuando existen espacios de silencio intercalados con el discurso de entrevista (caso éste de la diada psicoanalítica), por cada hora de entrevista se invirtieron en promedio dos horas de transcripción.

En todos los casos se llevaron a cabo las entrevistas en el lugar convenido entre la entrevistadora y el entrevistado. Antes de iniciar cada una de las entrevistas, se explicó el objetivo de investigación y se pidió el consentimiento de participación por escrito. La mayoría de los entrevistados firmó una carta de consentimiento, no obstante hubo cuatro de ellos, tres terapeutas y un paciente, que manifestaron que no era necesario.

La muestra de estudio estuvo dada por participantes voluntarios y en este sentido, se tomó la decisión de comenzar el análisis y detener el proceso de entrevistar, cuando no se encontraron más voluntarios. Además de lo anterior, no se entrevistó a más personas porque con las entrevistas que se llevaron a cabo pudo observarse un "punto de saturación" tal, que permitía proceder con el análisis (Ruiz Olabuenaga e Izpizúa, 1989).

Entre las personas contactadas una triada conformada por dos terapeutas y un paciente manifestó su deseo de participar en la investigación. A este respecto, vale la pena mencionar que la inclusión de un caso distinto puede servir como medio para confirmar o desconfirmar la *relevancia teórica* que puede tener un concepto, en nuestro caso, la relevancia teórica de las categorías de análisis. Como lo señalan Strauss y Corbin (1990), la relevancia teórica de un concepto puede estar dada porque se detecte la presencia o ausencia del mismo "al comparar incidente tras incidente", o bien, porque el concepto "gane el estatus de categoría a lo largo del proceso de codificación".

Como se explicará en el apartado de resultados, de la triada derivaron dos diadas como casos de investigación. Son estas dos diadas las que en esta investigación se están considerando como casos distintos que, como veremos, permitieron probar la relevancia de las categorías de análisis.

El proceso de encontrar personas que estuvieran dispuestas a ser entrevistadas fue largo y difícil. Se contactó a seis psicoanalistas, cinco de los cuales se negaron a participar en la investigación por diversos motivos, siendo el principal un argumento de tipo ético relacionado con no poder revelar información que se considera confidencial.⁵

⁵ Vale la pena señalar que inicialmente estas cinco personas se mostraron dispuestas a participar, porque habían entendido que sólo se les entrevistaría a ellas como terapeutas, y que cuando se aclaró que sería necesario entrevistar también a uno de sus pacientes, la negativa fue rotunda.

En otras tres ocasiones, se tuvo contacto con pacientes que habían llevado un proceso terapéutico con orientación psicoanalítica. En estos casos el paciente preguntaba a su terapeuta si estaría dispuesto a participar en una investigación donde ambos serían entrevistados. Nuevamente, la negativa por parte de los terapeutas fue rotunda.

Se contactó también a una terapeuta con orientación gestáltica y su negativa a participar fue argumentada, como en el caso de los psicoanalistas, con explicaciones de tipo ético, "no lo tengo permitido, espero poderte ayudar en otra ocasión".

En el caso de otros dos entrevistados terapeutas, uno de ellos con orientación conductual y el otro con orientación humanista, se mostraron muy dispuestos a participar y prometieron reportarse con la entrevistadora más tarde, aunque al momento de elaborar este documento no lo habían hecho.

¿Cuál es el reto que representa como terapeuta ser entrevistado sobre el proceso con un paciente que también será entrevistado? Más allá de una construcción ética, ¿qué detiene al terapeuta a participar en una investigación de este tipo? ¿Qué significa para el campo de la terapia que el encuentro terapéutico permanezca en un "cuarto oscuro" que cierra las puertas a la investigación? ¿Qué consecuencias tiene para el campo de la terapia y para el grupo social el hecho de que haya terapeutas y pacientes que están dispuestos a participar en investigaciones de esta naturaleza?

En todos los casos se entrevistó primero a los terapeutas y en un segundo momento a los pacientes. Se considera que este hecho no afectó el curso de las entrevistas con los pacientes. Sólo en una ocasión se percibió que el paciente no se sentía en completa libertad para hablar, sobre todo cuando se le preguntó acerca de lo que no le había gustado del proceso. En este caso fue de mucha utilidad recordar ampliamente al paciente que la información sería totalmente confidencial, que no tendría ningún tipo de implicación personal el que se explayara sobre el tema, y que incluso su aportación podía ser de mucha utilidad para otros terapeutas.

Previo consentimiento informado de los participantes en el estudio, todas las entrevistas fueron audiograbadas (Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta, *op. cit.*, norma 6.13); se fueron transcribiendo a medida que se daban por concluidas y se entregó una copia de la transcripción a cada uno de los entrevistados (*Idem.*, norma 6.18).

A lo largo del proceso de recopilación de datos, la guía de entrevista fue sufriendo varias modificaciones. En el anexo 2 se presentan dos versiones de guía de entrevista, una la inicial y otra que incluye las variantes finales. Dichas variantes surgen a partir de las respuestas de los entrevistados, o bien, de la lectura y reflexión sobre las entrevistas que ya se habían llevado a cabo. A continuación se explican las modificaciones que se consideraron más relevantes.

Inicialmente se preguntaba directamente sobre el tópico de las fases del proceso terapéutico; pronto se vio que era necesario empezar preguntando sobre el motivo por el que el paciente había llegado a terapia. Únicamente en el caso psicoanalítico y debido quizás al tiempo transcurrido después de la terapia, los entrevistados parecían hablar más, en primera instancia, de la experiencia global del tratamiento y hubo varios momentos de silencio y reflexión al abordar el tema del motivo por el que el paciente había llegado a terapia.

En cuanto a la orientación terapéutica del profesional, se tenía contemplado preguntar únicamente sobre los conceptos de cambio y de problema que se tuvieran. Dada la tendencia que mostraban las respuestas de los terapeutas al hablar sobre su orientación, se abundó también sobre el tema de la trayectoria del terapeuta, dando la posibilidad de que explicara cómo es que se había identificado con la orientación bajo la cual trabajaba. Ahondando en el significado de la trayectoria del terapeuta, se preguntó sobre la "forma de estar" con el paciente en los distintos puntos de dicha trayectoria.

El tópico de los elementos que se sintieron como no útiles también sufrió modificaciones. En general las diadas tuvieron dificultad para evocar algo que no hubiera sido útil, en este sentido, se modificó el tema de reflexión hacia aquellos elementos que se sintió que faltaron en el proceso, o que le habría gustado al entrevistado que fueran diferentes, o elementos que aunque sirvieron pudieron haber sido mejores, o aquello del tratamiento que no gustó. Cuando se preguntaba de esta manera, los entrevistados pudieron explayarse más sobre el tema. En un intento de profundizar sobre este tema general de lo

no exitoso se preguntó también sobre aquello que podía haberse vivido como reto durante el proceso terapéutico. Ya que no en todos los casos se podía hablar de lo que no había gustado o no había sido útil, podía quizás tocarse el tema de lo que no fue tan fácil durante el proceso y que, en este sentido, pudo haber significado un reto para la persona.

En el capítulo de resultados no se habla en términos de lo no exitoso, sino que se aborda el tema bajo el título de *los márgenes del éxito*.

Los elementos referentes a la técnica o modelo estaban considerados en la guía de entrevista inicial. Este punto se descartó porque para los entrevistados no era fácil comentar acerca del papel de la técnica o modelo bajo esta forma de investigación. En el caso de los pacientes se siente como un mínimo que "obviamente" tiene que estar presente en el proceso, puesto que es parte del profesionalismo del terapeuta. En el caso de los terapeutas el papel que tiene la técnica o modelo queda implícito cuando hablan de su orientación terapéutica, se le da importancia, pero no una importancia crucial y en varios casos espontáneamente se habla más de los "conocimientos" que se tienen que de técnicas en sí.

En la guía de entrevista inicial, al pasar a hablar de los elementos que llevaban a calificar el proceso vivido como una terapia exitosa, uno de los puntos a investigar tenía que ver con que el entrevistado asignara porcentajes a los elementos, que él mismo mencionaba, según la importancia que le diera a cada elemento. Para algunos entrevistados ya es algo difícil la labor de reconstrucción de la experiencia vivida bajo la perspectiva específica de cómo fue útil esa experiencia. La asignación de porcentajes implicaba dos operaciones más, una determinar un universo de elementos de utilidad derivado de la entrevista y otra reflexionar sobre la distribución de porcentajes. Esto habría implicado más tiempo y disposición por parte de los entrevistados, lo cual no era el caso de todos. Así, el punto fue sustituido por una pregunta general acerca de lo que para el entrevistado había tenido mayor peso o importancia dentro de todo lo que hubiera mencionado como elementos de utilidad.

En la fase de análisis no pudo observarse ningún tipo de acuerdo entre las respuestas de los entrevistados sobre el elemento sentido con mayor peso y, por tanto, se descartó como categoría significativa para esta investigación.

En un intento de profundizar sobre aquello que, desde la percepción de los entrevistados, podría tener mayor peso durante el proceso terapéutico, se hizo una pregunta sobre lo que difícilmente se olvidaría del tratamiento. A este respecto, las respuestas no siempre estuvieron relacionadas con algún elemento que hubiera favorecido la utilidad del proceso y, además, dado que en la fase de análisis no se observó ningún tipo de acuerdo entre las respuestas, se descartó la categoría como significativa para esta investigación.

Lo anterior plantea la interrogante: ¿de dónde provienen los porcentajes que se han considerado para ciertos elementos comunes a todo tipo de tratamiento en algunas investigaciones (Hubble, *et al.*, 1999a; Miller *et al.*, 1997)? ¿Son determinados por los actores mismos de la relación terapéutica? ¿Son porcentajes inferidos por los investigadores? ¿Son fruto de cálculos propios de estudios tipo meta análisis? ¿Qué se favorece y qué se sacrifica cuando se habla de porcentajes calculados con base en inferencias de los investigadores? ¿Qué nos indica el hecho de que en esta investigación no se haya encontrado ningún tipo de acuerdo en relación con algún elemento sentido con mayor peso? ¿Qué pasaría si los porcentajes fueran asignados directamente por los entrevistados?

Un tópico que no estaba en la guía inicial de entrevista y que después resultó relevante es el que se refiere a la percepción que el paciente tiene del terapeuta como persona y viceversa. Así mismo, surgió de las entrevistas la posibilidad de preguntar sobre otro punto significativo que tiene que ver con la certeza y seguridad con la que el terapeuta lleva a cabo su labor, desde su propia perspectiva y desde la perspectiva del paciente.

En relación con el tema general de los usos del lenguaje en psicoterapia, fueron varias las modificaciones que se hicieron. Desde la primera entrevista fue evidente la dificultad de abordar el tema usando preguntas del tipo: "¿cómo se dirigen a mí los otros?" o "¿cómo es que me hablan los otros?". La forma de preguntar tuvo que abordarse utilizando frases como "los tonos de voz o entonaciones que prefiero", "las pláticas y conversaciones que me gustan", o bien preguntas como "¿qué son para mí las discusiones?", "¿qué ayuda a que una discusión se resuelva?", "¿qué ayuda a escuchar en general y en la terapia?", así como "¿qué es lo que permite que se dé una comunicación en general y en la terapia?".

Si el tema era introducido de esta manera, los entrevistados podían después hablar más fácilmente acerca de cómo preferían que los otros "se dirigieran a ellos", o de las "formas" en las que les gustaba que les hablaran en general y en la terapia.

En la guía inicial de entrevista, estaba previsto abordar los temas de aquellas formas de hablar que se sintieron útiles y aquellas que no se sintieron útiles dentro del proceso. Este tema de entrevista fue eliminado, porque reflexionar sobre la utilidad y la no utilidad de ciertas formas de hablar es, de acuerdo con el planteamiento que guió este trabajo, una labor a realizar por la investigadora y no por los entrevistados. Vale la pena mencionar que la mayor parte del discurso que se generó en las entrevistas a partir del tema de los usos de lenguaje en psicoterapia, dio pie al tema general de *la forma de manifestarse en la relación terapéutica* que, como veremos en el apartado de resultados, resultó rica en significado para los entrevistados.

Como se puede apreciar, el material que se recopila a partir de estas entrevistas es vastísimo y es pertinente aclarar que los fragmentos de discurso que se incluyen en los resultados, se seleccionan en función del objetivo de investigación. De la misma manera, para el análisis únicamente se trabajó con el discurso que de alguna manera describe los elementos sentidos como útiles dentro del proceso terapéutico, así como con el discurso alrededor de los temas que explican y contextualizan dicha utilidad, desde la perspectiva de los entrevistados y de la entrevistadora.

3.6 Estrategias de análisis de la información

Tal como lo indica la literatura metodológica (por ejemplo, Creswell, 1998), el análisis de los casos puede incluir en primera instancia una "descripción detallada" de cada caso, así como de los temas incluidos en el mismo, es decir, un "análisis dentro del caso". En un segundo momento es factible llevar a cabo un análisis temático a lo largo de los diversos casos, un "análisis a través de los casos". En el apartado correspondiente a los resultados, se presenta el contenido de las entrevistas en cuadros temáticos que resumen el análisis que se llevó a cabo "a través" de los casos; en el anexo 3 se encontrarán cuadros que desglosan la información caso por caso.

Además de lo anterior, para el contenido de todas las entrevistas se trabajó con las estrategias de análisis denominadas por Kvale (1996) como "condensación de significado" y "categorización de significado".

En cuanto a la condensación de significado, después de transcribir y leer globalmente las entrevistas, se organizó la información de acuerdo con temas o "unidades naturales de significado", determinadas a partir de la guía de entrevista así como del texto de entrevista.

De acuerdo con lo estipulado para la estrategia de condensación de significado, el texto "original" de la entrevista transcrita fue respetado casi por completo al categorizarlo e interpretarlo en la fase de análisis.⁶ Tomando en cuenta las limitaciones de espacio que acompañan a toda investigación, en el capítulo de resultados se incluyen sólo algunos ejemplos globales del discurso de las entrevistas. Dichos ejemplos permiten no sólo respetar las voces de los entrevistados al hablar de los temas de entrevista, sino también tener *un control del análisis*, puesto que de esta manera quedan puestas "las cartas sobre la mesa", haciendo público para el lector el proceso de interpretación del investigador buscando saber con ello:

"...no tanto si podría ser adoptada otra posición con respecto a los datos (este punto está dado por sentado desde antes), sino si un lector,

⁶ En el anexo 4 se incluyen ejemplos de discurso natural de los entrevistados y de la entrevistadora en la fase de análisis de la información. En el caso del discurso de los entrevistados, se ejemplifica la codificación correspondiente.

adoptando el mismo punto de vista tal como es articulado por el investigador, puede también ver lo que el investigador vio, más allá de que esté o no de acuerdo con ello..." (Giorgi, 1975, citado en Kvale, 1996: 209).

En diversos estudios que siguen la línea interpretativa de análisis que guió este trabajo, se suele usar fragmentos de discurso de entrevista como ejemplos intercalados en el texto, los cuales permiten tener un control del análisis que acompaña a los planteamientos (Castañeda, 1999; Csikszentmihalyi, 1990; Bustos *et al.*, 1998; Morley, 1992).

Además de lo anterior, una presentación clara de los pasos que se siguieron en el procedimiento de investigación, permite que el estudio sea replicado. Por otro lado, se trabajó con "múltiples fuentes de datos", pacientes y terapeutas por un lado, y diadas y triadas por otro lado. Cuando se trabaja con múltiples fuentes de datos y se encuentran resultados similares, "se incrementa la validez o 'confianza' en los resultados" (Sells *et al.*, 1996: 327), o bien, como se mencionó anteriormente, se verifica su "relevancia teórica" (Strauss y Corbin, 1990).

Como fuentes de generación de significado para estas entrevistas se consideraron las descripciones de los entrevistados, las interpretaciones que llevaron a cabo al momento de la entrevista los entrevistados solos (en un nivel espontáneo), las interpretaciones que se generaron en colaboración con la entrevistadora (en un nivel inducido) y, en un tercer momento, las interpretaciones de la entrevistadora (Kvale, 1996).

En la fase de categorización de significado, fueron surgiendo no sólo categorías, sino subcategorías construidas a partir del texto de entrevista o bien, de acuerdo con la literatura relevante (*Idem*). Las categorías generales que se utilizaron para, y surgieron a partir del análisis e interpretación de los datos en esta investigación son las siguientes⁷:

1. Motivo inicial de consulta.
2. Descripción del paciente al inicio y al final del tratamiento:
 - Las áreas de dificultad al inicio del tratamiento.

⁷ En el capítulo siguiente, a medida que se van presentando los resultados, se incluye una breve explicación acerca de cada una de las categorías generales de análisis.

- Las áreas de logro al final de tratamiento.
3. Expectativas hacia el tratamiento.
 4. Percepción del otro como persona.
 5. Elementos *intra sesión* de utilidad terapéutica:
 - La relación terapéutica (caracterización de la relación terapéutica y forma de manifestarse en la misma).
 - Los elementos que mantienen la relación terapéutica (la confianza, el respeto, el interés, el escuchar, la idea de profesionalismo).
 - Las acciones específicamente terapéuticas.
 - El creer
 6. Elementos *extra sesión* de utilidad terapéutica.
 7. Los márgenes del éxito.
 8. Reflexiones sobre el instrumento.

Como se verá en el capítulo de resultados, la mayoría de las categorías antes mencionadas, tienen subcategorías de análisis que, dado que se consideran parte del significado de las categorías, son llamadas también *subcategorías de significado*.

En el caso de la mayoría de las subcategorías se aplicó un criterio de análisis según lo que se consideró como *número de acuerdos intra diadas* en cada una de las subcategorías de significado. Lo anterior permite tener una idea de hacia dónde se concentra el consenso *inter diadas* entre las diversas subcategorías de significado.

Para el caso de la categoría general de *lo que mantiene a la relación terapéutica*, inspirados en lo que propone Vignaux (1976) para el caso de un análisis de discurso que contiene en sí mismo argumentos, se establecieron las categorías de relación de *equivale a, es fomentado por, y facilita*, como formas de argumentación utilizadas por los entrevistados, al ahondar en los significados de los elementos que mantienen la relación terapéutica.

4. Resultados

"La mirada recorre las calles como páginas escritas: la ciudad dice todo lo que debes pensar, te hace repetir su discurso, y mientras crees que visitas Tamara, no haces sino registrar los nombres con los cuales se define a sí misma y a todas sus partes." (Italo Calvino, *Las ciudades invisibles*).

En este capítulo se presentan los resultados globales de las respuestas dadas por las diadas de estudio con respecto a aquellos elementos con los que argumentaron que el tratamiento fue exitoso o útil. Se agrupan los resultados en dos grandes rubros que son: *elementos intra sesión y elementos extra sesión*. Como parte de los elementos *intra sesión* se incluye lo relativo a: *la forma de manifestarse en la relación terapéutica, los elementos que mantienen la relación terapéutica, las acciones específicamente terapéuticas, y el creer*.

También se presentan los resultados de las respuestas relacionadas con los temas de *motivo inicial de consulta, descripción del paciente al inicio y al final del tratamiento, expectativas hacia el tratamiento, y percepción del otro como persona*. A pesar de que la mayor parte de estos temas no tendrían una correlación estricta con los elementos que llevan a calificar un proceso terapéutico como exitoso, son temas que nos ayudan a contextualizar los casos.

Por otro lado, se incluye un apartado llamado *los márgenes del éxito* en psicoterapia, donde se exponen algunas ideas de los entrevistados que cuestionan la posibilidad de alcanzar un éxito cien por ciento satisfactorio en psicoterapia. En la mayoría de las diadas se abordó el tema de lo relativo que puede ser el éxito terapéutico en un momento determinado.

Además de lo anterior, en este capítulo hay una sección llamada *reflexión sobre el instrumento* de investigación que, en este caso, fue la entrevista en profundidad. Las reflexiones que sobre el instrumento se hacen surgen a partir de respuestas que todos los entrevistados dieron sobre este tema al final de su entrevista.

Como se mencionó en el capítulo anterior, en el anexo 3 se presentan cuadros temáticos donde se desglosan las subcategorías de significado mencionadas por cada una de las diadas. Así mismo, en el anexo 4 se muestran *ejemplos*

donde se transcriben algunos fragmentos del discurso natural de los entrevistados, con la codificación correspondiente a las categorías y subcategorías de trabajo. Se transcriben también fragmentos del discurso natural de la entrevistadora, incluyendo básicamente ejemplos de las preguntas que se hicieron en relación con los diferentes tópicos de investigación.

En términos generales se hará referencia a casos de investigación o a diadas de investigación. A pesar de que la sexta diada esté constituida por el mismo paciente que la quinta diada, se hablará de dos casos de investigación, conformado uno de ellos por el paciente y el "co terapeuta A", y el otro por el paciente y el "co terapeuta B".

El hecho de analizar una triada bajo la forma de dos diadas, es una decisión que se tomó en la fase del análisis de la información debido a que considerar la triada como un solo caso de investigación habría significado sacrificar no sólo el discurso de uno de los co terapeutas, sino también eludir ciertas distinciones, aunque no muy pronunciadas, que los participantes hicieron considerando las relaciones: "paciente/co terapeuta A" y "paciente/co terapeuta B". Así mismo, con este análisis queda propuesta una forma en la que se puede abordar el estudio de triadas o relaciones más grandes bajo un enfoque interpretativo, que es el considerar las diadas que hay inmersas en la relación más grande.

Como se verá a lo largo de la exposición, existen subcategorías de significado que son utilizadas por los participantes para darle significado a diferentes categorías de análisis. De esta manera, nos encontramos con una especie de *fenómeno tipo diccionario*, donde puede partirse de un término, para explicar otro término, que a su vez remite a otro término, que a su vez remite a otro, etcétera, y que ocasiones nos remite nuevamente al término inicial. Dado el tipo de investigación que se llevó a cabo, se considera que este *fenómeno* es en cierta forma inevitable y que, por otro lado, es muestra de lo que algunos hermeneutas llaman el *círculo interpretativo* (Limón, 1999).

En este orden de ideas, aunque en ocasiones el discurso de este capítulo de resultados nos dé la impresión de ser un discurso un tanto *realista*, es necesario destacar que no hemos ido más allá de ciertas descripciones, que nos remiten a otras descripciones, que nos remiten a..., pero que esto en sí mismo, nos da una idea de cuáles son los límites de significado, los campos semánticos

que puede tener una *conversación heurística* cuando se conversa sobre el tema de aquello que hace útil a un tratamiento terapéutico.

4.1 Motivo inicial de consulta

Más que un tema de investigación, el motivo de consulta podría considerarse un dato extra dentro de la caracterización general que se hizo de la muestra en el capítulo anterior. Sin embargo, en este trabajo se le consideró un tema a investigar, no solo porque permite iniciar gradualmente la familiarización con la lógica del análisis en esta investigación, sino porque, también, se pueden hacer ciertos comentarios analíticos con respecto a las respuestas sobre el motivo inicial de consulta, comenzando por el hecho de que a pesar de la divergencia en cuanto a los motivos de consulta, se presentan acuerdos *intra diadas* e *inter diadas* en las argumentaciones y descripciones para otras categorías del análisis.

El cuadro 4.1 resume las respuestas que se dieron sobre el tema de motivo inicial de consulta:

4.1 Motivo inicial de consulta

Caso n°	edad del paciente	Descripción del Paciente	Descripción del Terapeuta	Orientación del terapeuta
1	31	Malestar general y sensación de confusión.	Dispersión y problemas de autoestima.	Construccionista Social.
2	25	Depresión.	Depresión.	Posmoderna, Construccionista, Soluciones.
3	53	Sin motivo inicial. Sensación de angustia.	Frustración. Angustia y necesidad de afecto.	Psicoanálisis.
4	39	Conflicto con la madre.	Dificultades en la relación con la madre.	Sistémica, Terapia Breve, Soluciones.
5	21	Frustración. Sensación de no ser útil. Malestar consigo misma.	Co_terapeuta A: Problemas de autoconfianza y autoestima.	Co_terapeuta A: Terapia Familiar, Soluciones, Narrativa, Colaborativo.
6	21	Frustración. Sensación de no ser útil. Malestar consigo misma.	Co_terapeuta B: Frustración. Problemas de autoestima.	Co_terapeuta B: Soluciones.

En este cuadro se indica el número de caso de investigación, señalando la edad del paciente, el motivo inicial de consulta utilizando lo que se estableció como *palabras clave* con base en el discurso natural de los entrevistados, y la orientación del terapeuta de cada diada.

En términos generales, se podría decir que todas las diadas presentan acuerdo *intra diadas* en cuanto a lo que consideraron como motivo inicial de consulta, aparentemente no se presenta dicho acuerdo cuando se hace la observación *inter diadas*, lo cual en cierto sentido es lógico, porque no fue el tipo de problemática un criterio de investigación.

A pesar de que aparentemente no se aprecia ningún acuerdo de significado *inter diadas*, se puede hacer el comentario de que problemas de autoestima, depresión, angustia y frustración son palabras que remiten al individuo como *locus* del problema y llama la atención cómo, a pesar de las orientaciones terapéuticas que manifiestan tener los terapeutas, un solo caso parece incluir elementos relacionales en su descripción sobre el motivo inicial de consulta. Este punto será discutido en el capítulo siguiente.

Por otro lado, los contenidos incluidos dentro del motivo inicial de consulta podrían remitirnos a un significado común de *malestar consigo mismo*, ya sea porque falta autovalorarse, falta tranquilidad personal, afecto, claridad, confianza en sí mismo, o realización personal. De manera curiosa, este *malestar consigo mismo* aparece entre los pacientes de 25 a 35 años, ya sea que lo describan ellos mismos o sus terapeutas (caso n°1).

También podría ser considerado como elemento común a estas descripciones el que abundan palabras "patologizantes" al inicio de los tratamientos, así como el hecho de que ese tipo de discurso sea recuperado cuando se hace la reflexión sobre el punto *a posteriori*. Lo anterior es importante porque ambos, terapeutas y pacientes, podrían incluir palabras muy diferentes para describir el motivo inicial de consulta *a posteriori* y se observa que no ocurre así.

Ahora bien, esto quizás sirva de puente para el siguiente punto, que tiene que ver con el tema de la *descripción del paciente al inicio y al final del tratamiento* donde, a través de las subcategorías de significado con las que se trabajó, podremos apreciar que existe un lenguaje común entre aquello que es considerado como *dificultades al inicio del tratamiento* y *logros al final del tratamiento*. Así pues, los entrevistados abandonan en este punto gran parte del lenguaje que tiene que ver con lo "patologizante", cediendo paso a un lenguaje común que tiene que ver mucho más con áreas de dificultad y áreas de logro.

4.2 Descripción del paciente al inicio y al final del tratamiento.

Aquello que los pacientes mencionaron como descripción de sí mismos y que los terapeutas mencionaron como descripción sobre su paciente al inicio del tratamiento, nos remite a un campo de significado común entre los entrevistados que tiene que ver con *dificultades* sentidas al inicio del tratamiento. Cuando se tocó el tema de la descripción del paciente al final del tratamiento, las respuestas nos remiten a otro campo semántico que tiene que ver con *logros* sentidos hacia el final del tratamiento.

4.2.1 Las áreas de dificultad al inicio del tratamiento

El cuadro 4.2 resume las áreas de dificultad a las que los entrevistados pacientes y terapeutas hicieron alusión, y se incluye una columna con el número de acuerdos *intra diadas* que se presentan en cada subcategoría de significado.

A pesar de que en estricto sentido el número total de pacientes que pueden mencionar una categoría es de cinco y no de seis, en la presentación de los cuadros se consideró un total de seis pacientes y se hizo así porque el número de acuerdos *intra diadas* es un indicador relevante para esta investigación y si se considerara un solo paciente para los casos de investigación cinco y seis, no habría posibilidad de observar más que un solo acuerdo donde, de hecho, pueden existir dos. Toda vez que aparezca un asterisco debe tenerse en cuenta que el número junto al cual aparece incluye dos descripciones del mismo paciente, en caso contrario, debe confiarse en el número anotado como correspondiente al número de pacientes que mencionan la subcategoría de significado.

Por otro lado, para hablar de consenso se tomará en cuenta el número menor de acuerdos que sería posible en un momento dado y si se presenta más de la mitad de estos acuerdos posibles, entonces se interpretará como un consenso significativo.¹

¹ Este mismo criterio de presentación e interpretación de los resultados en cuadros será respetado en el resto del capítulo.

4.2 Las áreas de dificultad al inicio del tratamiento²

Área de dificultad	Pacientes	Terapeutas	Acuerdos
Emocional	6*	6	6
Autovaloración	4*	6	4
Motivación personal	4*	3	2
Solución de problemas	3	1	1
El tipo de discurso	3*	5	2
Relación con el terapeuta	0	2	0
Falta de conciencia	1	1	1

*=Incluye dos descripciones de un mismo paciente

El consenso *inter diadas* se concentra en las áreas de dificultad *emocional*, *de autovaloración* y *motivación personal*.

Vale la pena mencionar que dentro de las descripciones que se dieron del paciente en este punto de la entrevista, estaban varias que hacían alusión a la idea que se tiene de los pacientes como persona, esto es, se mencionaron diversos atributos personales como rasgos presentes al inicio del tratamiento que no necesariamente tenían relación con dificultades o problemas; más adelante, se incluye un apartado que describe en qué consiste esta percepción que se tiene del otro como persona.

Observamos cómo para el grupo de pacientes resulta significativa el área de solución de problemas como área de dificultad al inicio del tratamiento. Así mismo, para el grupo de terapeutas son áreas de dificultad aquellas que tienen que ver con el *tipo de discurso* y *la relación con el terapeuta*.

La mayoría de las descripciones relativas al área emocional tienen que ver con un vocabulario "patologizante" o un lenguaje que remite a la expresión emocional en su sentido poco agraciado o negativo, abundan en las entrevistas términos con los que se describe al paciente, o los pacientes se describen a sí mismos como: "confundido, deprimido, perdido", "perdiendo piso, cordura, ecuanimidad", "con dolor, amargura, tristeza y llanto", "con frustración, incómodo, dolido, negativo", "agobiado, angustiado".

² En cuadros como éste, podemos apreciar consensos, la columna acuerdos hace referencia al número de acuerdos *intra diadas* en este sentido es un consenso de consensos, puesto que nos indica un acuerdo *inter diadas* basado en los consensos *intra diadas*. En este tipo de cuadro también podemos apreciar cuáles son las categorías que resultan más relevantes para los pacientes y cuáles para los terapeutas, por separado.

Nótese que hay un acuerdo en los seis casos de investigación en relación con este punto. Excede a este análisis presentar algún dato sobre el acuerdo entre los adjetivos que se utilizaron para describir al paciente a nivel *inter diadas*, pero vale la pena señalar que varios de ellos se repiten entre los casos de investigación, lo cual resulta sorprendente considerando la divergencia entre los motivos iniciales de consulta. Además de lo anterior, es relevante la abundancia de vocabulario al respecto, no sólo en pacientes, sino también en terapeutas.

Se observa también acuerdo en cuanto a la autovaloración como área de dificultad al inicio del tratamiento, esta subcategoría de significado se infirió a partir de la presencia de expresiones como: "inseguro", "descontento consigo mismo", "dudando de sus capacidades de salir adelante", "devaluado, sin autoconfianza", "desaliñado, descuidado", presentes tanto en el discurso de los pacientes como en el de los terapeutas.

El área de la *motivación personal* se determinó con base en el discurso que hace alusión a la acción o, de manera más precisa, a la falta de acción, a este respecto se describía al paciente o el paciente se describía a sí mismo usando términos como: "cansado", "sin futuro, sin plan de vida", "inactivo", "sin posibilidades, sin opciones".

Como ya se mencionó, el área de dificultades en cuanto a *la solución de problemas*, fue más significativa para los pacientes que para los terapeutas. Lo que en este sentido se describió tiene que ver con estrategias para enfrentar, solucionar o prever problemas, estrategias que se describen como ausentes al inicio del tratamiento.

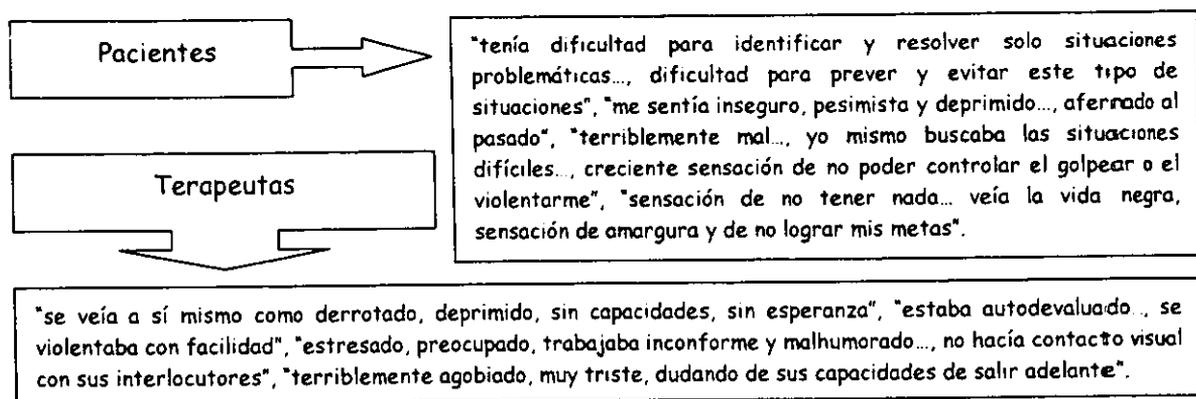
Cuando dentro del discurso de entrevista estuvieron presentes palabras como: "sin visión de...", "la forma en que veía la vida...", "tenía un discurso con...", "hablaba de sentir que...", "la perspectiva sobre su problema era..." y otras más, se consideraron como indicadores de que el paciente o el terapeuta aludía a un *tipo de discurso* (sobre todo haciendo referencia al contenido del discurso) como área de dificultad.

Con respecto a las dos últimas categorías, hay que comentar que de manera evidente, así como las observaciones hacia el *tipo de discurso* podrían estar relacionadas con una orientación terapéutica particular, lo mismo vale para el

caso de la *falta de conciencia* como dificultad sentida al inicio del tratamiento. Vale la pena observar aquí cierto "aprendizaje lexical" que los pacientes llegan a adquirir a partir de la relación con el terapeuta.

Una última categoría que es necesario comentar es la referente a las dificultades sentidas por dos de los terapeutas en cuanto a la relación con el paciente, dichas dificultades hacen alusión a la falta de interacción con el paciente al inicio del tratamiento. Esto es relevante si se considera, como veremos más adelante, que parte de los elementos que permiten argumentar que existe interés, respeto, la sensación de ser escuchado y aquello que facilita la labor de escuchar, tanto para los terapeutas como para los pacientes, tiene que ver con que se dé una conversación hilada dentro de la relación terapéutica.

A continuación se presentan fragmentos del discurso de las entrevistas como ejemplos globales sobre las áreas de dificultad al inicio del tratamiento³:



4.2.2 Las áreas de logro al final del tratamiento

Como podrá apreciarse, las áreas de logro se corresponden con las áreas de dificultad. No obstante, veremos cómo algunos significados tienden a cambiar.

Hay subcategorías de significado que no se mencionaron como áreas de dificultad sentidas al inicio del tratamiento y que, sin embargo aparecen como logros al final del tratamiento tanto en el discurso de los pacientes, como en el

³ Con la finalidad de proteger el anonimato de todos los entrevistados, todo discurso natural de entrevista que se transcriba será enunciado en género masculino.

de los terapeutas, esto se hace evidente por el número de acuerdos que varía, ya sea incrementándose o disminuyendo y, en el caso de los pacientes, puede indicar que ganan o encuentran más cosas en el tratamiento de las que en un principio esperarían.

Para muchos de los pacientes la descripción de sí mismo hacia el final del tratamiento contemplaba cómo ellos se sentían en el momento presente, independientemente del tiempo que hubiese transcurrido después de la terapia. En el caso de la diada psicoanalítica, se hizo un ejercicio especial con los entrevistados, en el sentido de que se esforzaran por reflexionar en términos de lo que recordaran de lo sentido en la época en que terminó el tratamiento. Es importante resaltar que esta tendencia hacia hablar de sí mismo o del paciente en tiempo presente se observó en todos los casos.

El cuadro 4.3 resume las *áreas de logro al final del tratamiento* mencionadas por las diadas:

4.3 Las áreas de logro al final del tratamiento

Área de logro	Pacientes	Terapeutas	Acuerdos
Emocional	6*	6	6
Autovaloración	6*	6	6
Motivación personal	2	5	2
Solución de problemas	6*	2	2
Tipo de discurso	4*	3	2
Relación con el terapeuta	0	3	0
Toma de conciencia	1	1	1

*=Incluye dos descripciones de un mismo paciente

Observamos cómo el consenso a nivel *inter diadas* incrementa, ya que no sólo hay acuerdo completo en las categorías de lo *emocional* y la de *autovaloración*, sino que con base en los acuerdos posibles en las áreas de *motivación personal*, *solución de problemas* y *tipo de discurso*, se presenta consenso en la mayoría de los casos.

Las áreas que los pacientes mencionan como logros al final del tratamiento y que no están presentes como áreas de dificultad al inicio son: *autovaloración*, *solución de problemas*, y *tipo de discurso*.

Cuando se habla de los logros al final del tratamiento las descripciones se concentran de manera diferente alrededor de las subcategorías, que cuando se habla de las mismas hacia el inicio del tratamiento. Menos pacientes hablan de

logros con relación a la *motivación personal* y más terapeutas describen logros en este sentido, así mismo, menos terapeutas hablan de *solución de problemas* e incrementan las descripciones de logros en esta área en el caso de los pacientes. Igualmente, menos terapeutas hacen alusión al *tipo de discurso* como área de logro y los pacientes ganan en ese sentido, aunque no se observe en este punto mayor consenso. Por otro lado, más terapeutas hacen alusión a *la relación con el terapeuta* como área de logro que como área de dificultad.

Como ya se mencionó, el significado de las subcategorías presenta ciertas variantes, porque se utilizan nuevos términos para describirlas, por ejemplo, en el área de logros emocionales, se usan palabras que aluden a sensaciones de bienestar y tranquilidad consigo mismo y con sus circunstancias, a una capacidad de disfrutar, a un estado de felicidad, y no sólo un vocabulario "patologizante".

Al hablar de los logros en la *autovaloración*, las diadas resaltan básicamente la seguridad del paciente, su aceptación y satisfacción consigo mismo y con sus circunstancias de vida, y su influencia sobre sí mismo.

La idea de *autovaloración* del paciente como área de dificultad o de logro, podría ser equivalente al concepto de agencia personal dentro de las propuestas colaborativa y narrativa (Anderson, 1997; White y Epston, 1990), o bien, al concepto de locus de control y al de auto-eficacia, mencionado por otros autores (Beyebach *et al.*, citados en Miller *et al.*, 1997).

Como parte de los logros en cuanto a la *motivación personal*, la mayoría de las verbalizaciones remiten a la presencia de cierta iniciativa para llevar a cabo actividades de beneficio personal para el paciente.

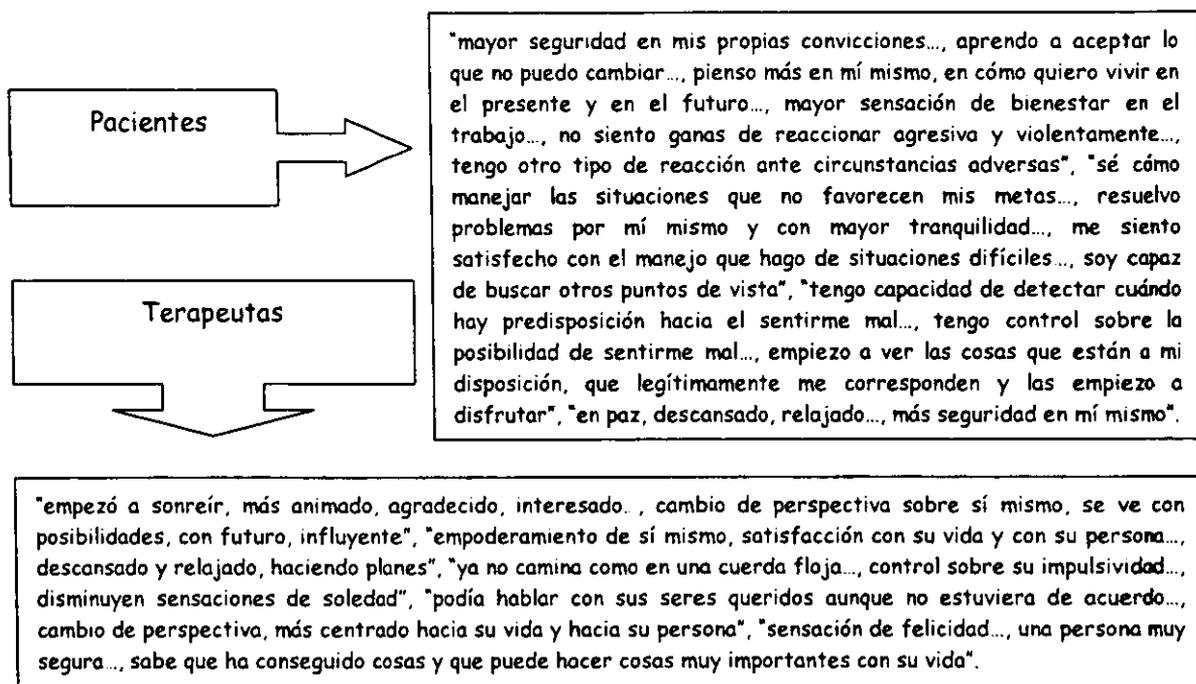
En cuanto a la *solución de problemas* el significado se asemeja a lo mencionado como área de dificultad al inicio del tratamiento, solo que en este caso se hace referencia a la presencia de estrategias para prever, enfrentar y solucionar problemas que se sienten como ganancia al final del tratamiento.

Las palabras que se tomaron como indicadores de la percepción de *un tipo de discurso* como un área de logro, son palabras semejantes a las que se mencionaron en el caso del tipo de discurso como área de dificultad.

Como se mencionó anteriormente, las alusiones al tipo de discurso seguramente tienen relación con la orientación del terapeuta, lo mismo en el caso de la *toma de conciencia* como área de logro.

Ahora bien, como se observa en el cuadro 4.3, se incrementa el número de terapeutas que sienten logros dentro de la relación con el terapeuta, este incremento obedece a que se percibe una actitud de agradecimiento del paciente hacia el terapeuta hacia el final del tratamiento, lo cual, para algunos terapeutas, constituye un logro. Por lo demás, también se habla de que el terapeuta logra mayor interacción con su paciente.

A continuación se transcriben algunos fragmentos del discurso natural de los entrevistados, como ejemplos de las descripciones sobre las áreas de logro al final del tratamiento:



4.3 Expectativas hacia el tratamiento

En el cuadro 4.4 se presentan las categorías alrededor de las cuales se agrupó el significado de los entrevistados al hablar de sus propias expectativas hacia el tratamiento:

4.4 Expectativas hacia el tratamiento

Expectativa	Pacientes	Terapeutas	Acuerdos
Dudar al inicio del tratamiento.	3	3	1
Creer en el tratamiento.	6*	1	1
Expectativas concretas.	3*	5	3
Expectativa general	0	2	0
Creer en la capacidad del paciente.	0	5	0

*=Incluye dos descripciones de un mismo paciente

La clara ausencia de consenso *intra diadas* y por tanto *inter diadas* en cuanto a las expectativas, nos habla de las ideas tan diferentes que se pueden tener entre paciente y terapeuta cuando se inicia, y mientras se lleva a cabo, un tratamiento terapéutico.

Cierto consenso se observa en la categoría de *expectativas concretas*, sin embargo, como se verá a continuación, se trata sólo de un acuerdo en el sentido de que ambos, pacientes y terapeutas, tienen expectativas concretas al inicio y durante el tratamiento, en qué consisten dichas expectativas concretas en cada caso es bastante diferente.

Los terapeutas además de tener expectativas concretas, hablan en diversos momentos de *expectativas generales* hacia los tratamientos.

Resalta también *el creer* como parte de las expectativas, en el caso de los pacientes es un *creer en el tratamiento*, en el caso de los terapeutas es un *creer en la capacidad del paciente*.

El dudar al inicio del tratamiento, se explica en términos de una certeza que no existe al inicio de las sesiones sobre la utilidad, rapidez o posibilidad de cambio durante el tratamiento. Tanto en el discurso de los pacientes como en el de los terapeutas, el dudar al inicio del tratamiento generalmente se expresa a la par del *creer en el tratamiento* y del *creer en la capacidad*

del paciente, por ejemplo, un paciente mencionó: "estaba convencido de que iba a funcionar, pero al mismo tiempo decía, 'no, no va a pasar' ".

El *creer en el tratamiento* es expresado en términos de un "convencimiento", una "convicción", una "seguridad" acerca de que la terapia puede funcionar o está funcionando, puede ayudar o está ayudando.

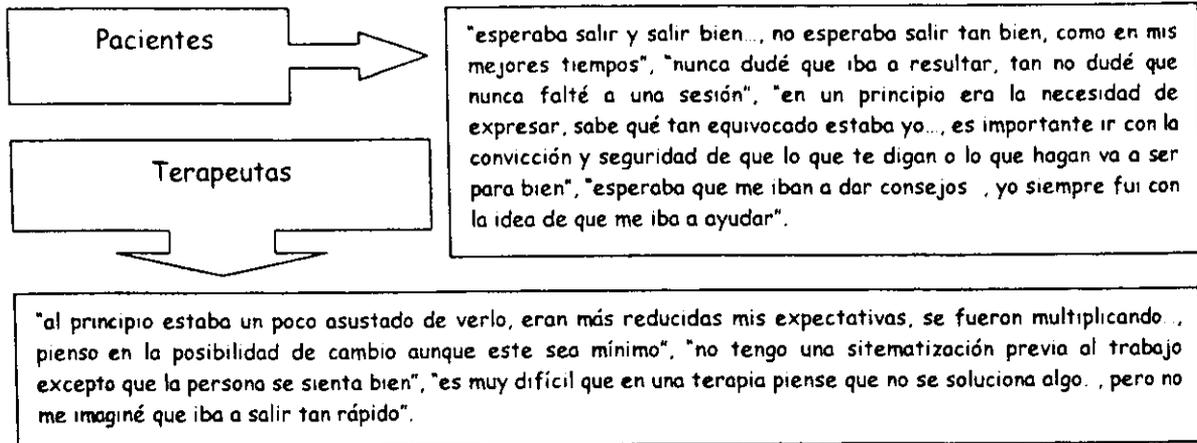
En complementación con lo anterior está el *creer en la capacidad del paciente*, como parte de las expectativas del terapeuta durante el tratamiento. Los terapeutas hablan de cierta "esperanza", "confianza" y "fe" en cuanto a la posibilidad de que su paciente "salga adelante".

Las *expectativas concretas* en el caso de los pacientes, tiene que ver con que se esperan "opiniones", "consejos", "puntos de vista", en relación con la problemática que se presenta en terapia. En el caso de los terapeutas tienen un sentido muy diferente, aparecen como expectativas de tipo teórico como, por ejemplo, "que el paciente esté más empoderado de su propio yo", "encontrar la otra historia que no es la dominante", o bien son tan específicas como: "encontrar una solución de manera urgente", que el paciente "disfrute más" o que el "tratamiento llegue a una conclusión afortunada".

En cuanto a las expectativas concretas de tipo teórico de los terapeutas, se tomó muy en cuenta para la asignación de la subcategoría lo que ellos definieron como su modelo terapéutico. En el caso de la categoría *creer en la capacidad del paciente*, a pesar de que podría pensarse como inherente al modelo de soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), no se considera una expectativa de tipo teórico, puesto que está presente en el caso de las diadas número 1 y número 3, construccionista social y psicoanalítica, respectivamente, además de que las expectativas de tipo teórico en los terapeutas se expresan en términos impersonales, mientras que lo que se consideró como *creer en la capacidad del paciente* está expresado en términos mucho más personales y relacionados con el paciente: "creía posible encontrar aspectos de su vida que sí valían la pena", "desde la primera vez presentí a una persona con todas las bases para alcanzar altos niveles", "ya había pasado por situaciones similares y había salido de eso, por supuesto que podía salir".

En cuanto a las *expectativas* de tipo *general* que manifestaron algunos de los terapeutas, en general tienen que ver con desear que el paciente mejore, con que encuentre la ayuda que busca, que esté mejor.

A continuación se transcriben fragmentos de discurso natural que ejemplifican los tipos de expectativas hacia el tratamiento:



4.4 Percepción del otro como persona

Este punto se refiere a la percepción que los pacientes tienen de su terapeuta y, viceversa, a la percepción que los terapeutas tienen de su paciente como personas. En el cuadro 4.5 se presentan las subcategorías de significado alrededor de las cuales se concentran las descripciones de las diadas a este respecto:

4.5 Percepción del otro como persona

Atributos mencionados	Pacientes	Terapeutas	Acuerdos
Atributos cognoscitivos	4	6	4
Atributos de personalidad	6*	6	6
Profesionalismo	6*	1	1

*=Incluye dos descripciones de un mismo paciente

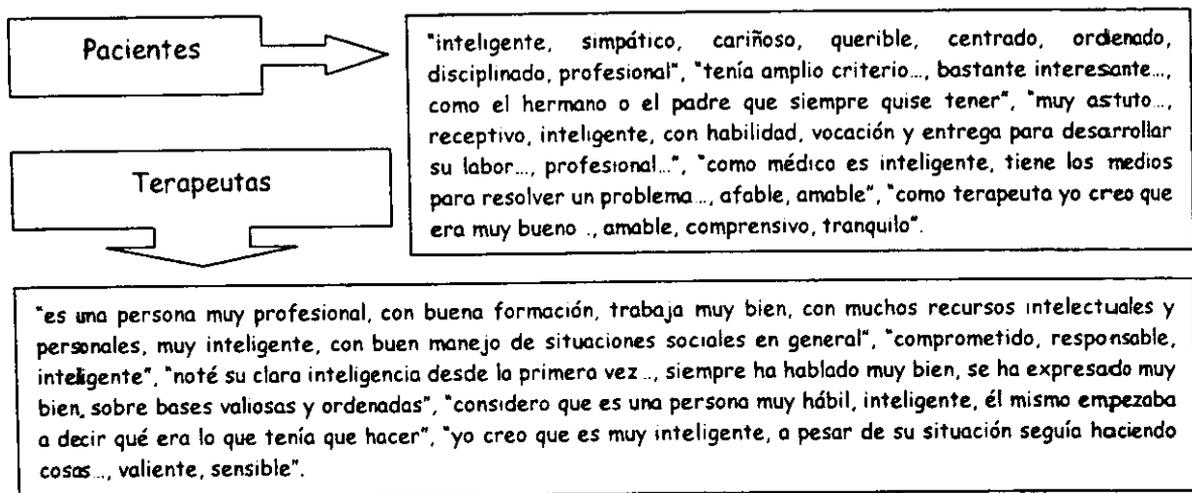
Vemos cómo la idea que se tiene del otro como persona gira en torno a *atributos* del otro, que tienen que ver con lo cognoscitivo y con su *personalidad*. Se aprecia un consenso relevante al respecto entre las diadas.

En cuanto a los atributos cognoscitivos, se hace alusión a la "inteligencia", a la "memoria" (sobre todo del terapeuta) y, en general, se habla del otro como una persona "hábil". Al mencionar los atributos cognoscitivos que se valoran en el otro, los terapeutas fueron mucho más elocuentes que los pacientes.

Los pacientes tienden a explayarse más en las entrevistas cuando hablan de los atributos de personalidad del terapeuta, los términos que usan en general refieren a calidez, familiaridad, sencillez y comprensión en el trato: "simpático", "protector", "receptivo", "cariñoso". A pesar de que los terapeutas suelen ser mucho más parcos en este sentido, más adelante veremos cómo sí abundan en la utilización de este vocabulario cuando se refieren al tratamiento en términos de una *relación terapéutica*.

Muy aparte se ha considerado el *atributo de profesionalismo*, puesto que se trata de una subcategoría que no sólo aparece como característica que los pacientes perciben en sus terapeutas, sino que, como veremos más adelante, también aparece de manera sistemática como elemento que sirve para argumentar por qué se considera que el tratamiento fue de utilidad. Al pasar a considerar los elementos *intra sesión* que llevan a calificar un tratamiento como exitoso, lo que en este momento es profesionalismo se tratará como *la idea de profesionalismo* acerca del terapeuta.

Los siguientes fragmentos de entrevista ejemplifican los atributos antes mencionados en voz de los entrevistados, léase como la forma en la que se percibe al otro:



4.5 Elementos *intra sesión* de utilidad terapéutica

Lo primero que se presenta en este apartado es un diagrama general que condensa los resultados con relación al objetivo de investigación. Dicho esquema contiene todos los elementos de utilidad terapéutica que fueron descritos por los entrevistados como presentes dentro de las sesiones terapéuticas, por lo cual se les denomina elementos *intra sesión*. Aquello que se identificó como elementos *extra sesión* será reportado en una sección posterior.

Lo que ocurre dentro de las sesiones terapéuticas se analizó en función de dos rubros generales: *la relación terapéutica* y *las acciones* percibidas como *específicamente terapéuticas*. Dentro del rubro de la relación terapéutica, se consideran las categorías de: *la forma de manifestarse en la relación terapéutica*, *lo que mantiene a la relación terapéutica* y *el creer* como categoría independiente.

Según el análisis de las entrevistas, *la forma de manifestarse en la relación terapéutica* tiene que ver con dos tipos de manifestación: *la forma de actuar* y *la forma de estar* entre los actores de la relación terapéutica. Con respecto a *lo que mantiene la relación terapéutica* lo que se expone tiene que ver con las argumentaciones que los entrevistados dieron alrededor de aquello que equivale a, es fomentado por y facilita la presencia de las subcategorías de: *confianza, respeto, interés, la escucha y la idea de profesionalismo*.⁴

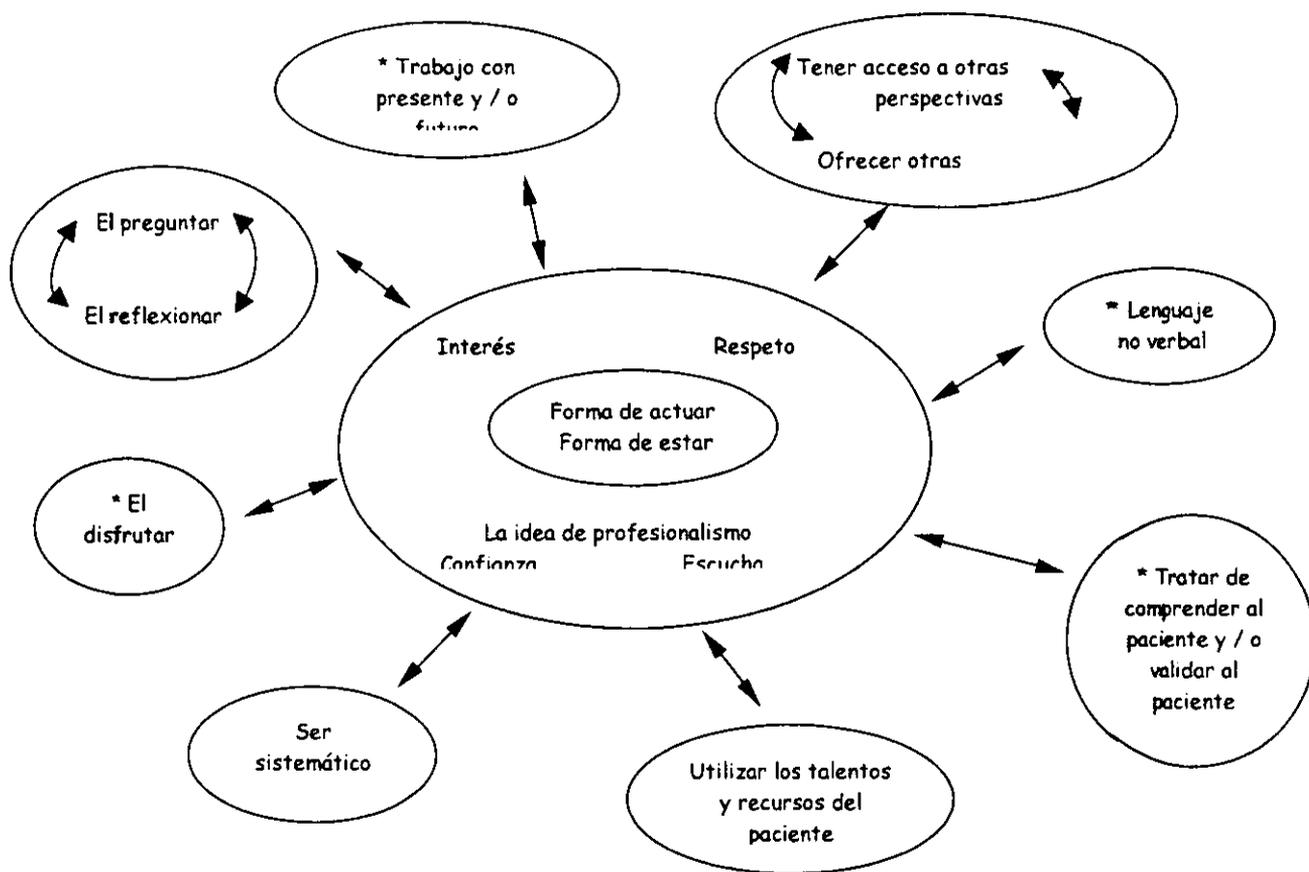
Vale la pena mencionar que en cierto sentido todo lo que contiene este apartado corresponde a lo que ocurre dentro de la relación terapéutica; no obstante, hay una diferencia entre las descripciones de los entrevistados cuando dan respuesta a las preguntas sobre los elementos que hacen al tratamiento útil o exitoso para ellos, y las descripciones que hacen al hablar del tipo de relación que se dio entre el paciente y el terapeuta que favoreció la utilidad del tratamiento.

⁴ Es muy probable que el diagrama general que se muestra a continuación no quede claro en primera instancia. Se recomienda regresar a él a medida que se vaya leyendo esta sección de los resultados.

A pesar de lo anterior y como se puede apreciar en el diagrama general, todos los elementos considerados como acciones específicamente terapéuticas tienen relación, en un momento dado, con los elementos que caracterizan a la relación terapéutica cuando un tratamiento resulta de utilidad.

4.5.1 Diagrama general

Diagrama 1. Los elementos intra sesión de utilidad terapéutica⁵



⁵ Los elementos que tienen asterisco corresponden a acciones específicamente terapéuticas donde se concentra el mayor consenso entre las diadas y que, a un mismo tiempo, fueron argumentadas como equivalentes, fomentadas por, o facilitadoras de, algún elemento de la forma de manifestarse o algún elemento de lo que mantiene la relación terapéutica.

En la periferia del diagrama general encontramos las once acciones específicamente terapéuticas en las que se concentra el consenso de las diadas de estudio al hablar de aquello que hace exitoso a un tratamiento.

Más hacia el centro, encontramos los elementos que mantienen a la relación terapéutica: el respeto, la confianza, el interés, la escucha y la idea de profesionalismo. Y en el centro del diagrama encontramos lo que se ha llamado la forma de manifestarse en la relación terapéutica, que consiste en una forma de actuar y una forma de estar.

Las flechas bidireccionales indican, por un lado, que las acciones específicamente terapéuticas adquieren sentido en función de su relación con los elementos que mantienen a la relación terapéutica y, por otro lado, dan sentido a dichos elementos. En estricto sentido, debe pensarse que también hay una relación de significado bidireccional entre la forma de manifestarse dentro de la relación terapéutica, los elementos que la mantienen y las acciones específicamente terapéuticas. La forma de manifestarse permite dar sentido a los elementos que mantienen la relación terapéutica, a las acciones terapéuticas y viceversa.

A continuación se desglosa el análisis correspondiente a cada una de estas categorías que permiten entender el significado del encuentro terapéutico y lo que en él sucede cuando resulta exitoso, según las voces de los entrevistados que participaron en este estudio.

Dado que el significado de estas categorías depende de la relación entre las mismas, es algo difícil decidir en qué punto iniciar la exposición. Se ha pensado que lo más sencillo es comenzar con el elemento central del diagrama: la forma de manifestarse en la relación terapéutica, enseguida presentar lo relativo a los elementos que mantienen la relación terapéutica y exponer al final lo relativo a las acciones específicamente terapéuticas.

4.5.2 La relación terapéutica

Gran parte de lo que se describe en esta sección tiene que ver con aquello a lo que comúnmente se hace referencia, entre pacientes y terapeutas, como la postura o la actitud con la que se suele estar dentro de los encuentros terapéuticos, o con el ambiente o el espacio que se llega a vivir como generado por los encuentros terapéuticos.

En muchos de los textos relacionados con la terapia normalmente se habla de la importancia de la actitud con la que se escucha al paciente, o la importancia de cuidar la forma en la que se participa con el paciente, esto es, muchas veces se habla de una actitud que es importante, pero pocas veces se le llega a describir cabalmente.

Una de las implicaciones que podría tener esta sección consiste en que se describe a detalle en qué consiste esta actitud o postura y no sólo se señala su importancia, sino que se desglosa según los significados que tiene y se muestra cómo se trata de una actitud o postura detectada y descrita de forma semejante tanto por pacientes como por terapeutas. Lo primero que hay que decir es que dicha actitud o postura consiste en una forma de manifestarse dentro de la relación terapéutica que resulta exitosa y que de dicha forma de manifestarse "derivan" ciertas construcciones sobre el otro y sobre la relación terapéutica que permiten que la relación se mantenga y ninguno de los participantes renuncie a ella en un momento dado. Entre otras cosas, se generan consensos acerca de "quién es el otro" y "lo que hay entre el otro y yo".

4.5.2.1 Caracterización de la relación terapéutica

Como parte de las entrevistas, se pidió a los entrevistados que hablaran de la relación terapéutica en general. Con base en las respuestas que ellos dieron, se estableció el tema de *caracterización de la relación terapéutica*.

En la mayoría de las diadas la caracterización que se hizo de la relación tiene que ver con lo que podría denominarse una *relación afectiva* (en el sentido positivo de lo que puede significar lo afectivo), aunque esta idea está más

presente en pacientes que en terapeutas. En el cuadro 4.6 se resume lo relativo a la caracterización de la relación terapéutica:

4.6 Caracterización de la Relación Terapéutica

Caracterización	Pacientes	Terapeutas	Acuerdos
Relación afectiva	6*	4	3
Relación de equipo	2	0	0
Proceso	0	3	0

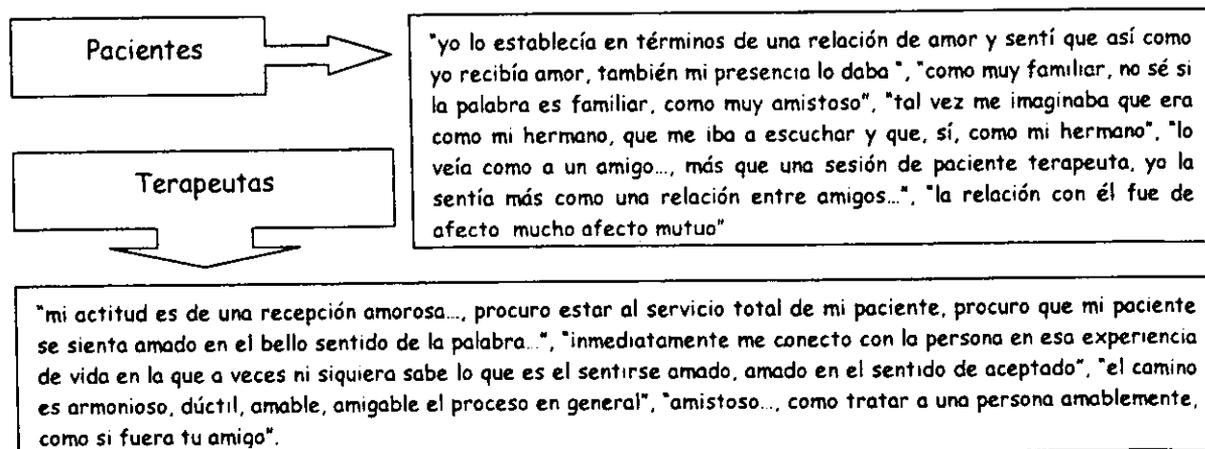
*= Incluye descripciones de un mismo paciente.

Para los pacientes, la relación con el terapeuta adquiere matices de familiaridad, de amor y de amistad. Además de la característica de afecto positivo en la relación, los pacientes también mencionan *el trabajo en equipo* como una característica que describe su relación terapéutica.

En general, tanto en pacientes como en terapeutas, llama la atención el uso recurrente del "como" si fuera una relación de amigos, de amor o familiar. Esto podría indicar que es importante que la relación sea "como si" se estuviera con un amigo o con un ser querido, pero que al mismo tiempo se trate de una persona diferente, en cierto sentido ajena a la red social del paciente.

En cuanto a los terapeutas, a pesar de que varios de ellos caracterizan el encuentro terapéutico como una relación afectiva, hay que mencionar que se le concibe también como *proceso*.

A continuación se presentan fragmentos de discurso natural que ejemplifican en voz de los entrevistados lo relativo a la *caracterización de la relación terapéutica*:



4.5.2.2 Forma de manifestarse en la relación terapéutica

La forma de manifestarse en la relación terapéutica tiene que ver con una forma de expresarse y, conforme al análisis que se hizo, queda descrita por una *forma de actuar* y por una *forma de estar* en los encuentros terapéuticos.

En el cuadro 4.7 se ilustran los consensos que existen alrededor de la forma de manifestarse, así como aquellas formas de expresión que mencionan más los pacientes y las que resaltan más los terapeutas.

El consenso en cuanto a las *formas de actuar* en el encuentro terapéutico, se concentra en las categorías de trato cuidadoso, trato cordial, trato sin juicios, sin crítica, sin censura, actuar sin tomar partido, y en la categoría que se refiere a la seguridad sentida en el terapeuta, esto es, el actuar con seguridad por parte del terapeuta.

El trato cálido, el trato igualitario y actuar elogiando y alentando (el terapeuta) son categorías mencionadas principalmente por pacientes. Hablar con precisión, actuar con tolerancia, y la percepción de que el paciente se muestra colaborador con el terapeuta, son categorías de significado que parecen tener relevancia para los terapeutas.

Hablando en términos del grupo de pacientes y el grupo de terapeutas, y no de diadas, pacientes y terapeutas parecen valorar el actuar con espontaneidad y naturalidad, el mantener una conversación hilada, y el simpatizar con el otro como formas útiles de manifestarse en la relación terapéutica.

Solo dos pacientes mencionan el trato especial y el trato serio como formas útiles de manifestación por parte del terapeuta, y un solo terapeuta hizo alusión a un trato comprometido y responsable de su parte.

El *trato especial* tiene que ver con acciones que el terapeuta lleva a cabo en momentos significativos para el paciente como, por ejemplo, el día de su cumpleaños, también tiene que ver con acciones extra sesión por parte del terapeuta que "hacen sentir importante" al paciente como, por ejemplo, que se le llame por teléfono. El *trato serio* se refiere a que cualquier manifestación por parte del paciente es tratada con seriedad por el terapeuta, aún si se

trata de una broma intrascendente del paciente. El *trato comprometido y responsable*, hace referencia a la forma en la que el terapeuta siente que asume la relación de trabajo con su paciente y, también, al "trabajo extra sesión" que llega a hacerse.

El *actuar con humildad y sencillez* fue mencionado únicamente por un terapeuta y por un paciente, de diadas diferentes, haciendo referencia a una manera de hablar sin mucho tecnicismo o palabras rebuscadas en el caso del paciente, a una "actitud" de humildad donde el terapeuta no se muestra "conocedor o superior" a su paciente, por parte del terapeuta.

Una categoría de análisis que aparece en *la forma de estar* dentro del encuentro terapéutico y a la que los entrevistados aludieron también cuando hablaron de los elementos que mantienen la relación terapéutica y de las acciones específicamente terapéuticas, es la categoría de lo *indescriptible*. Dicha categoría tiene que ver con verbalizaciones dentro de las entrevistas donde se habla de algo que es difícil explicar: "no tengo palabras para describirlo", "no sabría de qué manera", "no sé cómo, pero siento que hay indicadores". Es relevante notar que, en parte, lo que sucede dentro del encuentro terapéutico resulta "indescriptible" o remite al mundo de "lo sentido".

La categoría de *lenguaje no verbal*, es utilizada para describir no sólo la *forma de actuar* sino la *forma de estar* en la relación terapéutica, se le menciona también cuando se argumenta sobre los *elementos que mantienen la relación* terapéutica y, como se verá más adelante, será mencionada también como *acción específicamente terapéutica*. Todo lo que se mencionó como lenguaje no verbal a lo largo de todas las entrevistas puede englobarse dentro de lo relativo a la postura corporal y al lenguaje facial (gestos y contacto visual).

La categoría de *conversación hilada*, tiene que ver con la forma en que los entrevistados describen que eran las conversaciones terapéuticas que mantenían. El significado de esta categoría hace referencia a que se siente una secuencia en las conversaciones, los pacientes la explican en términos de que el terapeuta recuerda eventos de las sesiones anteriores, y los terapeutas la explican como un seguir al paciente en su discurso.

4.7 Forma de manifestarse en la relación terapéutica

Formas de actuar	P	T	A	Formas de estar	P	T	A
Trato cálido por parte del terapeuta.	5*	1	1	Lenguaje no verbal	**	**	**
Trato igualitario mutuo.	4	2	1	Relajados y/o relajando	6	4	4
Trato cuidadoso por parte del terapeuta.	6*	4	4	Acompañado y/o acompañando	3	2	1
Trato cordial mutuo.	3	4	2	Estar con libertad mutuamente.	6	6	6
Trato sin juicios, sin crítica, sin censura, actuar sin tomar partido por parte del terapeuta.	4	6	4	Estar atento, pendiente, presente, mutuamente.	6	6	6
Actuar con espontaneidad y naturalidad mutuamente.	3	3	2	Motivados y/o motivando	4	1	1
Trato especial por parte del terapeuta.	1	0	0	Entregado y/o entregados	1	1	1
Trato serio por parte del terapeuta.	1	0	0	Aceptando al otro, por parte del terapeuta.	0	1	0
Hablar con precisión (el terapeuta).	0	4	0	Indescriptible	**	**	**
Trato comprometido y responsable por parte del terapeuta.	0	1	0	Cansancio en ciertos momentos	0	1	0
Simpatizar con el otro mutuamente.	1	1	0	Estar frente a frente	1	0	0
Actuar con humildad y sencillez (el terapeuta).	1	1	0				
Actuar con tolerancia por parte (el terapeuta).	0	3	0				
Actuar con seguridad (el terapeuta).	6*	6	6				
Actuar colaborando (el paciente)	0	5	0				
Actuar elogiando y alentando (el terapeuta).	5*	2	1				
Conversación hilada	**	**	**				
Lenguaje no verbal	**	**	**				

P= pacientes; T= terapeutas; A= número de acuerdos;

*= Incluye dos descripciones de un mismo paciente.

**= Indica únicamente la presencia de la categoría.

Lo indescriptible, el lenguaje no verbal, y el mantener una conversación hilada, son aspectos de la forma de manifestarse en la relación terapéutica que se usan para argumentar cuándo están presentes los elementos que mantienen la relación terapéutica y para describir en qué consisten las acciones

específicamente terapéuticas. En el cuadro 4.7 no se anota el número de pacientes y terapeutas que lo mencionan, porque no se observó un consenso significativo más que en el caso del lenguaje no verbal. Lo relevante para este estudio es que estén presentes estas subcategorías dentro de las argumentaciones de los entrevistados.

La forma de actuar

En esta sección se ahonda sobre las subcategorías del significado de la forma de actuar. Veremos cómo lo que caracteriza a la forma de actuar en su mayor parte corresponde a una forma de manifestación del terapeuta hacia su paciente percibida por ambos participantes de la diada.

En general, el *trato cuidadoso* es sentido y valorado según el trato que el paciente recibe del terapeuta y no se le percibe como forma de manifestación por parte del paciente. En cuanto al *trato cordial* ambos participantes de la relación terapéutica perciben que está presente y se le llega a identificar como un trato mutuamente cordial: "en la terapia siempre son amables o atentos, a menos que te lleven a uno a la fuerza".

El trato cuidadoso y el trato cordial, remiten a campos semánticos distintos, por ejemplo, una cosa es como se saluda a la gente (trato cordial) y otra la forma en que se expresan las ideas como terapeuta (trato cuidadoso).

Como en el caso del trato cuidadoso, el *trato sin juicios, sin crítica, sin censura, el actuar sin tomar partido*, se describe como una forma de manifestación característica de los terapeutas.

Como parte de la forma de manifestarse en la relación terapéutica, se investigó también *la seguridad* sentida en el terapeuta. Como se observa en el cuadro 4.7, existe consenso entre las seis diadas de investigación en cuanto a la seguridad con la que el terapeuta se manifiesta.

Se pidió a los entrevistados que explicaran en qué consistía dicha seguridad y los significados tienen que ver, en buena parte, con *creer en lo que hace* por parte del terapeuta. El cuadro 4.8 presenta las subcategorías de significado correspondientes a la seguridad del terapeuta.

Observamos consenso sobre el significado de seguridad del terapeuta en tres diadas y éste gira alrededor de que los terapeutas *creen en lo que hacen* y tienen una *buena autovaloración*.

Observamos también cómo *la idea de profesionalismo* en los pacientes es parte de lo que explica, por qué se siente seguridad en el terapeuta: "le gusta su trabajo..., sabe..., hace lo que hace muy bien". Así mismo, dicha seguridad, en tanto forma de manifestación dentro de la relación terapéutica, es en parte *una sensación* que tiene el paciente, cuando no *indescriptible*.

4.8 Significados de actuar con seguridad por parte del terapeuta

Significados	Pacientes	Terapeutas	Acuerdos
Creer en lo que hace	2	6	2
Una sensación	1	0	0
Indescriptible	1	0	0
La idea de profesionalismo	2	0	0
Buena autovaloración	2*	1	1
Ser sistemático	0	2	0
Transferencias positivas	0	1	0
Experiencia terapéutica	0	1	0

*= Incluye dos descripciones de un mismo paciente.

Es interesante cómo ciertas acciones, que más adelante serán enunciadas como parte de las acciones específicamente terapéuticas, *ser sistemático* y *buscar transferencias positivas*, para los terapeutas, resultan ser una explicación de aquello que les proporciona seguridad al realizar su labor. Es también mencionada por los terapeutas *la experiencia* como aquello que explica por qué se siente seguridad.

La categoría de seguridad sentida en el terapeuta surge a partir de la primera entrevista, cuando el terapeuta mencionó que "al principio no estaba tan seguro" de lo que podía pasar en el proceso. A partir de esta respuesta, se abundó en el tema de la seguridad sentida en los terapeutas al desarrollar su labor y la categoría fue retomada más adelante en todas las entrevistas. La decisión de retomarla surgió a partir de la hipótesis de que ello podía ser un elemento presente en las relaciones terapéuticas exitosas en lo que se refiere al terapeuta. En este sentido, aunque la categoría de entrevista fue propuesta por la entrevistadora en la mayoría de las entrevistas, su presencia o ausencia, así como su significado, fueron determinados por los entrevistados. La importancia que tiene este punto para la investigación será explicitada más adelante en el capítulo de discusión de los resultados.

Como en el caso del trato cuidadoso y del trato sin juicios, sin crítica, sin censura y actuar sin tomar partido, el *trato cálido* es concebido como una forma de manifestación por parte del terapeuta, no se menciona como forma de manifestación del paciente. El trato cálido puede relacionarse con la caracterización que se hace de la relación terapéutica como una relación afectiva y en este sentido es diferente de un trato cordial y de un trato cuidadoso. No es lo mismo "apapachar" o "sentirse cerca del paciente" que ser "amable" y gentil al relacionarse, o que decir algo "con tacto".

Fueron mencionadas también descripciones que hacen referencia a un *trato igualitario*, y esta forma de manifestación es sentida, como en el caso del trato cordial, como una forma de manifestación compartida, mutua. En el caso de los pacientes el "poder hablarse de tú" o el "no usar el diván", son aspectos que fomentan la sensación de "familiaridad" y de igualdad en el trato. En el caso de los terapeutas, se habla de la importancia de fomentar la sensación de igualdad en el trato, pero no necesariamente explican cómo se logra esto.

Hablar con precisión, actuar con tolerancia y actuar colaborando (el paciente), fueron subcategorías mencionadas sólo por los terapeutas como parte de su forma de actuar en el encuentro terapéutico, en el caso de las dos primeras, y como forma de percibir al paciente, en el caso de la tercera subcategoría.

Hablar con precisión tiene que ver con la elección de palabras que los terapeutas hacen, buscando ser claros y exactos cuando hablan con sus pacientes: "si hago una pregunta, yo mismo la escucho, si por la reacción noto que no me están entendiendo, trato de decirlo en forma distinta o trato de precisar".

Se mencionó "la paciencia", el hecho de saber "esperar" y saber "guardar silencio", como parte del *actuar con tolerancia*. La mayor parte de las explicaciones que se dieron en torno a la idea de estar trabajando con un paciente colaborador, giran en torno a atributos cognoscitivos o de personalidad del paciente que "facilitan el trabajo", se relacionan con la idea de mantener una conversación hilada: "él participaba..., ayudaba en el sentido de realmente seguirme en la conversación", o bien, presentan la ventaja de que el paciente *crea* en el tratamiento: "algo que fue maravilloso en el trabajo con él, es que es una persona que sabe creer, que sabe confiar".

Por otra parte está lo referente a la manifestación del terapeuta como *elogiando y alentando* a su paciente, esta forma de actuar puede consistir en la simple expresión de ánimo hacia el paciente y/o en el efecto que tienen en el paciente dichas expresiones en el sentido de que lo "motivan".

Terapeutas y pacientes por separado, parecen valorar el *actuar con espontaneidad y naturalidad* y el *simpatizar con el otro* como formas útiles de manifestarse en la relación terapéutica. Como en el caso del trato cordial y el trato igualitario, son formas de actuar que se describen como mutuas, presentes tanto en manifestaciones del paciente como del terapeuta.

El actuar con espontaneidad y naturalidad es explicado según ciertas manifestaciones no verbales y en términos de una expresión "genuina" y "honesta". El simpatizar con el otro, se describe como un "me cae bien" o como una "sensación de agrado" por el otro.

A continuación se transcriben fragmentos de las entrevistas, para ejemplificar de manera global la forma de actuar en la relación terapéutica que se ha descrito hasta ahora y que, como hemos visto, en gran parte es una forma de manifestación que corresponde a acciones por parte del terapeuta:

Pacientes

"hablaba con dulzura, con suavidad, no decía una palabra de más, ni de menos, nunca exaltado, siempre como palpando cada palabra que te iba diciendo, palpando el impacto que te iba a producir esa palabra", "mucho reforzamiento de: 'hombre, vas a salir bien'...", apapacho, no físico, sino este apapacho de: 'vas bien, mira lo que has logrado'...", el apapacho estaba cuando lo necesitaba", "que me hable de tú, me hace sentir con familiaridad, se siente uno importante, al menos a mí me halaga", "tiene uno que ser honesto en lo que dice, él era honesto en lo que decía, lo percibía porque no me hacía dudar en nada de lo que él decía yo creo que a veces se capta, no me hacía daño, además, si me daba algún tip .. era algo que no me demeritaba, ni me hacía sentir mal", "me motivaba mucho, cualquier cosa que llegaba y le platicaba me aplaudía, me felicitaba, una relación bastante padre", "el trato que me daba yo lo sentía muy especial cuando iba, ver al sujeto no como sujeto, sino como persona, como algo palpable y no como objeto de estudio", "su conducta corporal se me hacía muy espontánea, no se me hacía trabajada o fingida...", no tengo palabras para describirlo, cuando algo está trabajado a leguas se nota", "lo siento muy seguro de sí mismo, convencido de lo que hace y eso me gusta, me da confianza..., es más una sensación, difícil de explicar".

Terapeutas

"los veo muy fijamente, pero no sería una mirada dura o una mirada que busque un juicio, o que sea hostil..., sino es una mirada como más de seguimiento", "como en una postura en la que tú no intentas retar a la persona, desacreditarlo, sino como tratar a una persona amablemente, como si fuera tu amigo", "este tipo de relación de calidez..., con flexibilidad, no con el terapeuta preguntando tus problemas, y hablas y dices, y el otro muy serio, aquí nos reíamos, decíamos cosas divertidas", "mi actitud era de silencio, de espera", "es importante que exista una sensación de igualdad, lo que no quiere decir que exista una sensación de tú o de usted", "cuido mucho no ser brusco, no ser rudo, ser lo más delicado posible", "platicar sobre el discurso que va sobre la marcha, nunca meter descalificaciones", "poco a poco me fui metiendo..., al principio es como un poco el panorama de toda su vida , poco a poco irlo deteniendo", "una persona muy comprometida en su vida y con el trabajo en la terapia..., llegaba temprano, no faltó, si en algún momento no podía, avisaba, no todos los pacientes hacen eso", "esta idea de que hay que aceptar a la otra persona con lo que traiga, como sea, y cuando estoy en la sesión, en el consultorio, como que esto se me da ya automáticamente", "soy más paciente, y él me sigue, así como yo lo sigo a ratos, él también me sigue cuando yo le propongo otro cambio de tema", "si me sentía seguro, cuando iba a preguntar o iba a hacer un comentario, no pensaba, sino simplemente lo hacía, podría decir que me sentía bastante seguro a pesar de que no tenía tanta experiencia".

La forma de estar

En el cuadro 4.7 vemos cómo el consenso se concentra alrededor de las categorías de *estar relajados/relajando*, *estar con libertad* y *estar atento, pendiente, presente*.

El *estar relajado* es una forma de manifestación que no solamente se describe como una *forma de estar* del paciente, sino también del terapeuta. Ahora bien, en el caso del terapeuta lo que tiene que ver con relajamiento es también una *forma de actuar* porque está tratando de fomentar el relajamiento dentro de las sesiones terapéuticas.

Las ideas en torno al relajamiento, ya sea como forma de estar o como forma de actuar, remiten a "tranquilidad", "comodidad" y "sentirse a gusto". El terapeuta también busca este *estar relajado*, aunque al mismo tiempo esté pendiente de fomentar un estado de tranquilidad, comodidad y relajamiento en su paciente.

El *estar con libertad* fue descrito en diversos sentidos, de manera similar al *estar relajado*, parece tratarse de un estar con libertad mutuo, tanto el paciente como el terapeuta perciben que uno y otro están con libertad.

El sentido de libertad se vive en los contenidos que se tocan en las sesiones, libertad de los participantes en la relación terapéutica en cuanto a "ser como

son", y libertad sobre las decisiones que el paciente tome dentro y fuera de la sesión. Vemos cómo, al igual que en el caso de estar relajado dentro de las sesiones terapéuticas, el estar con libertad también implica una forma de actuar y, más aún, una forma de ser.

Con relación a la libertad que los participantes en el encuentro terapéutico sienten para hablar fueron mencionados dos sentidos, uno como la libertad de escoger el tema del cual hablar en sesión, y otro como la libertad de poder expresarse sin temores, tanto en la forma, como en el contenido de su discurso. Aunque la libertad es sentida mucho más por los pacientes, los terapeutas también la mencionan: "no me sentía limitado..., si se me ocurría algo lo decía, lo hablaba", aunque por otro lado se reconozca que "el paciente da el punto a seguir en conversación".

El *estar atento, pendiente, presente* se relaciona con "algo que se siente", algo que es "difícil de explicar", que se nota según manifestaciones no verbales y según el hilo de la conversación.

Junto con el estar relajado/relajando y el estar con libertad, el *estar atento, pendiente, presente*, es una forma mutua de manifestación dentro de la relación terapéutica, que se reconoce para ambos participantes. Por ejemplo, mientras un paciente decía: "para mí era fácil entender sus interpretaciones o preguntas, porque obviamente estamos poniendo atención y él al hablarme, yo pongo atención de lo que me está comentando", un terapeuta comentó: "el paciente también está atento a mí, muy atento a mí, en la misma interacción".

A diferencia del estar relajado y el estar con libertad, el *estar atento, pendiente, presente*, no parece relacionarse en primera instancia con una forma de actuar.

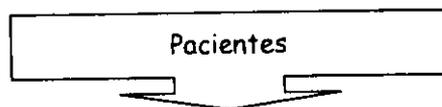
Estar acompañado/acompañando, y *estar motivados/motivando* son subcategorías donde se observa un solo acuerdo intra diadas y son formas de estar mencionadas en su mayoría por pacientes. Según lo reportan los entrevistados, normalmente es el terapeuta el que acompaña y el paciente el que se siente acompañado.

El estar acompañado no parece ser mutuo y, al igual que en los casos de estar relajado y estar con libertad, para el terapeuta, *estar acompañando*, implica una forma de actuar.

La subcategoría de *estar motivados/motivando* hace referencia a una forma de estar con el otro que es mutua. Como en los casos del estar relajando, el estar con libertad y el estar acompañando, el estar motivando se presenta para el terapeuta como oportunidad de forma de actuar. El significado de motivación tiene que ver con expresiones de "voluntad", "entusiasmo", "deseo", "las ganas que se tienen de salir".

Las subcategorías de *estar aceptando al otro y cansancio en ciertos momentos* fueron mencionadas únicamente por el grupo de terapeutas. Así mismo, la subcategoría del *estar frente a frente* fue citada por un solo paciente y se menciona aquí porque, como se verá más adelante, con esta subcategoría se argumenta parte de lo que *fomenta* la confianza, uno de los elementos que mantienen la relación terapéutica. La subcategoría del *estar entregado* fue mencionada y resultó en consenso únicamente para la diada psicoanalítica.

A continuación se transcriben fragmentos del discurso natural de los entrevistados, con el fin de ejemplificar en voz de los mismos, la forma de manifestarse dentro del encuentro terapéutico que resulta exitoso:



"me encantó que fuera mucho más relajado..., sentía al espacio mucho más relajado que el de la terapia anterior..., era una sesión más larga, no era de: 'tenemos cincuenta minutos y adiós'...", "los tonos eran muy suaves y eso me ayudaba a poder decirle lo que estaba pasando y expresarle...", "esto te ayudaba como a abrirte..., es el espacio donde tú eres tú", "no trataban de influir, sino que yo mismo encontrara el camino, y yo mismo empezara a razonar lo que estaba pasando", "está atento, tiene hilación lo que vamos diciendo, recuerda cosas que le había dicho, hace referencia a ellas cuando estamos hablando de lo mismo o de algo que tenga hilo..., está atento porque te ve, te pregunta", "y fue un excelente compañero que me ayudó a estar caminando en esto sin darme cuenta..., es como cuando corres solo y cuando corres acompañado..., cuando corres acompañado puedes correr toda una hora, en la que vas platicando, y de repente dices: 'ya corrimos 10 km!', y ni cuenta te diste, así, no te das cuenta de toda la distancia que corres porque estabas con él, se te va rápido, así fue la terapia, así fue él como terapeuta", "mi motivación era extraordinaria para tener esa relación..., nunca hablé para cancelar una sola sesión", "no es pesado en el sentido de que salga uno de terapia cansado o aburrido o diciendo 'no, yo no regreso'..., yo nunca me sentí cansado, salía con energía, desde el momento en que se fijaba al final de la sesión alguna meta..., era una buena razón para salir con ganas de buscarlo, de hacerlo",

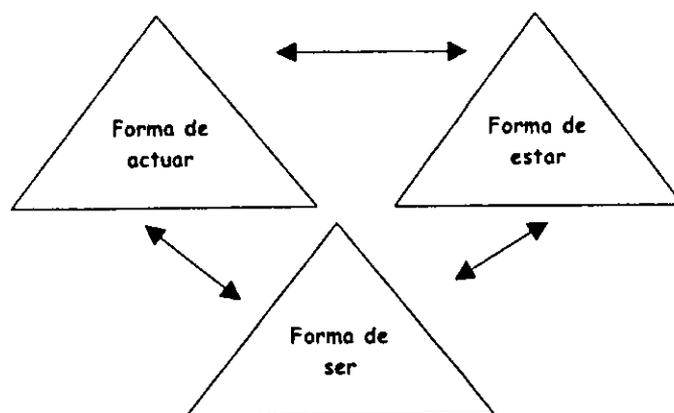
Terapeutas

"es lo que hacemos juntos..., yo prefiero acceder o buscar la manera de trabajar conforme el paciente se sienta a gusto, si puedo complacer la forma en la que el paciente me está pidiendo que participe con él, lo hago, y lo trato de hacer de una manera en la que yo también me sienta bien", "doy mi opinión, no digo qué es lo bueno y qué es lo malo, dándole la posibilidad a la persona de elegir..., le empiezas a hacer comparaciones para que ella tome la decisión", "que el paciente pueda hablar de lo que quiera decir en las sesiones, que se pueda expresar libremente..., eso para mí lo hace útil", "yo lo que hago primero es ser yo..., hablando como hablo con cualquier persona, hablo igual, me siento igual..., las personas con las que he tenido el gusto de trabajar dicen que eso fue muy facilitador porque ellos pudieron hacer lo mismo, ser como son en su casa, como son con sus amigos", "en las sesiones generalmente me muestro muy atento a lo que escucho..., la persona se convierte en el foco principal durante ese tiempo..., sólo estoy viendo a la persona y pensando la mayoría de las veces en lo que está diciendo..., yo estoy concentrado en ese momento en ella..., muy atento a lo que se está diciendo y se está haciendo, cómo siente la persona, que yo sienta que estoy concentrado en lo que la persona está diciendo, que la persona sienta que estoy ahí presente", "al empezar a relatar cosas que no tenía contempladas... el efecto en él yo creo que es de descubrimiento y para mí pues también... lo que sale es novedoso... yo tenía ganas, estaba muy consciente de qué tenía que ir haciendo..., cuando las cosas estaban muy perdidas, cualquier cosa es significativa, por ejemplo, su primera sonrisa".

Con base en todo lo que hasta aquí se ha expuesto podemos hablar de una "construcción" que "deriva" de la forma de manifestación entre los participantes de la relación terapéutica que resulta exitosa: el ser. Se habla del ser y no del Yo o Self porque, desde el planteamiento de este trabajo, las palabras "el ser" pueden remitir a tiempo, a movimiento, mientras que las palabras Yo o Self, pueden remitir a entidades fijas. El ser, en este trabajo, remite a una forma de manifestarse: "me sentía acompañado, el terapeuta es un compañero", "el trato era cálido, el terapeuta es como un hermano", "el trato es amable, el paciente es una persona gentil".

Desde este punto de vista, en la relación terapéutica que resulta exitosa, se es según una forma de actuar hacia el otro y según una forma de estar con el otro y una vez que se llega a un consenso acerca de quien se es, una vez que contamos con la "construcción derivada de la interacción", debido a que se es se actúa de cierta forma y se está con el otro de cierta manera. Con el diagrama 2 se intenta esquematizar la reflexión anterior:

Diagrama 2. Forma de manifestarse



4.5.3 Los elementos que mantienen a la relación terapéutica

En este apartado se presentan una serie de diagramas que ilustran las argumentaciones que las diadas ofrecieron alrededor de la confianza, el respeto, el interés, la escucha, y la idea de profesionalismo, elementos que se considera mantienen la relación terapéutica, en el sentido de que ninguno de los participantes renuncia a ella, sino hasta que se da por concluido el tratamiento.

En un sentido *realista* podríamos decir que si no existen la confianza, el respeto, el interés, la escucha y el profesionalismo, no tendría lugar la relación terapéutica. Desde un punto de vista más *interpretativo* podemos exponerlo así: "si no se genera" la idea de confianza, la idea de respeto, la idea de interés, la idea de escucha, y la idea de profesionalismo como parte de lo que "existe" en la relación terapéutica, dicha relación no tendría mayor futuro, y los participantes en ella tenderían a renunciar a la relación.

De la misma manera, desde un punto de vista interpretativo sobre los datos podríamos decir que es porque dentro de la relación terapéutica exitosa se presenta cierta forma de manifestarse entre los actores, que se genera como "subproducto" o "constructo" la idea consensuada, y no únicamente individual, de que existen confianza, respeto, interés, escucha y profesionalismo en la relación terapéutica, y junto con ello, la idea consensuada de que vale la pena seguir con esa relación.

Resulta muy interesante observar que el significado de confianza, respeto, interés, escucha y profesionalismo, de alguna manera no puede ser verbalizado más que en función de ser efecto, equivalente o facilitador tanto de la forma de manifestarse en el encuentro terapéutico, como de las acciones específicamente terapéuticas.

Cuando se pedía a los entrevistados que abundaran en el significado de confianza, respeto, interés, escucha y profesionalismo, en general se referían a ellos como *una sensación, algo difícil de explicar*, o bien, se hizo necesario buscar su significado en argumentaciones sobre lo que facilitaba, lo que fomentaba, o aquello a lo que equivalía este tipo de sensación.

Como se podrá apreciar en los diagramas siguientes, la mayoría de las argumentaciones fueron proporcionadas por los pacientes, se dejan en blanco los espacios donde no se presentó ninguna argumentación, aunque debe señalarse que la presencia de los elementos que incluye este apartado, fue mencionada en el caso de todos los entrevistados, como parte de lo que se da o "existe" dentro del encuentro terapéutico.

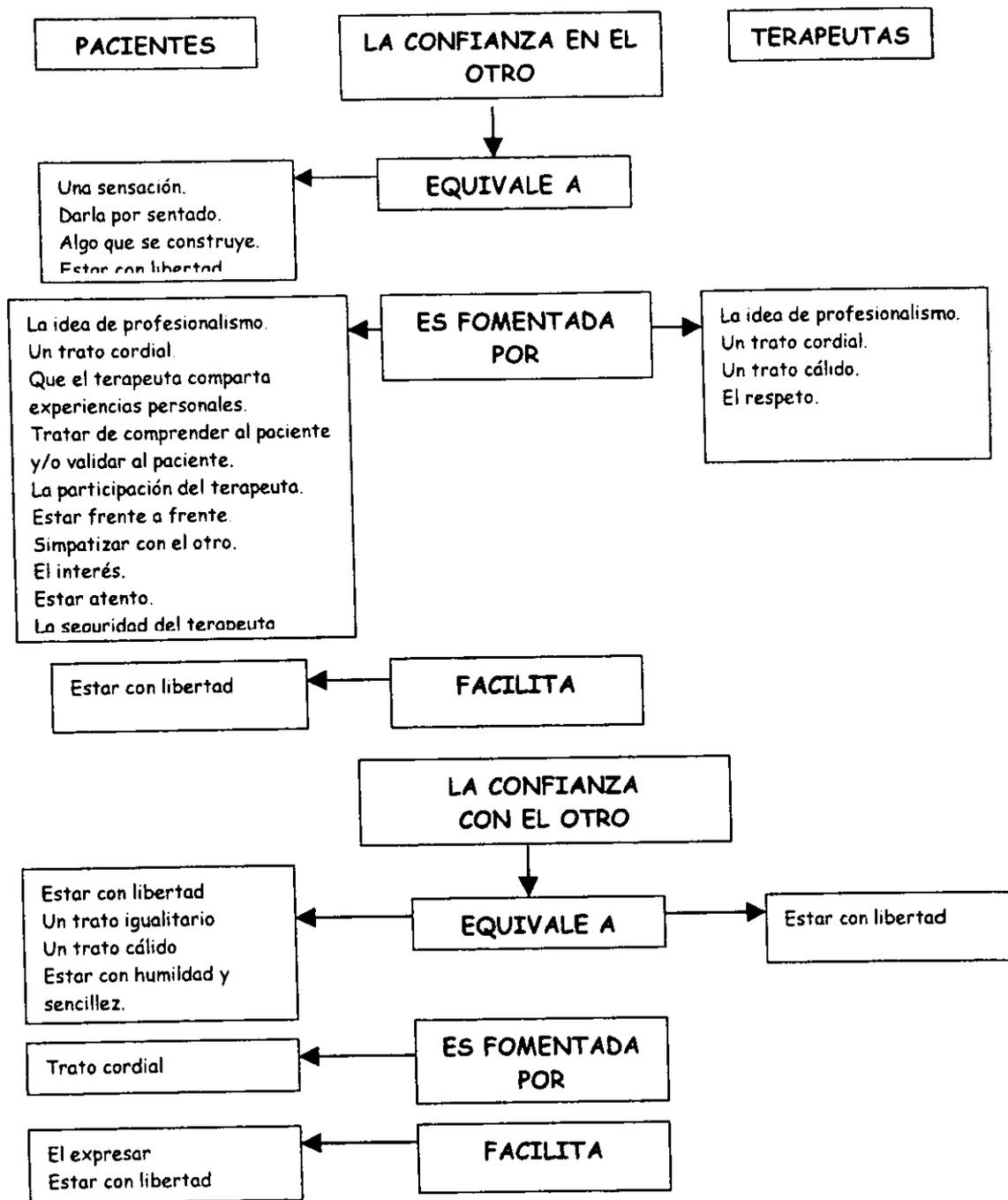
En todo momento, las columnas del lado izquierdo de los diagramas corresponderán a las argumentaciones en el discurso de los pacientes, y las columnas del lado derecho a las argumentaciones en el discurso de los terapeutas. Se notará que en esta sección, en ocasiones deja de hablarse en términos de paciente y terapeuta, para pasar a hablar en términos de "uno" y "otro" participantes en la relación terapéutica.

En el diagrama 3 se pueden apreciar las argumentaciones dadas alrededor de la confianza. La sensación o la idea de confianza en el encuentro terapéutico se presenta bajo dos formas generales: la confianza en el otro y la confianza con el otro.

A grandes rasgos, *la confianza en el otro* debe entenderse como el hecho de poder expresar ante el otro y *la confianza con el otro* en el sentido de la libertad que se siente en la relación terapéutica, del trato igualitario "horizontal" que se percibe. Resaltan los acuerdos entre discurso de pacientes y discurso de terapeutas alrededor de que la idea de profesionalismo y un trato cordial fomentan la sensación de confianza en el otro, así como el

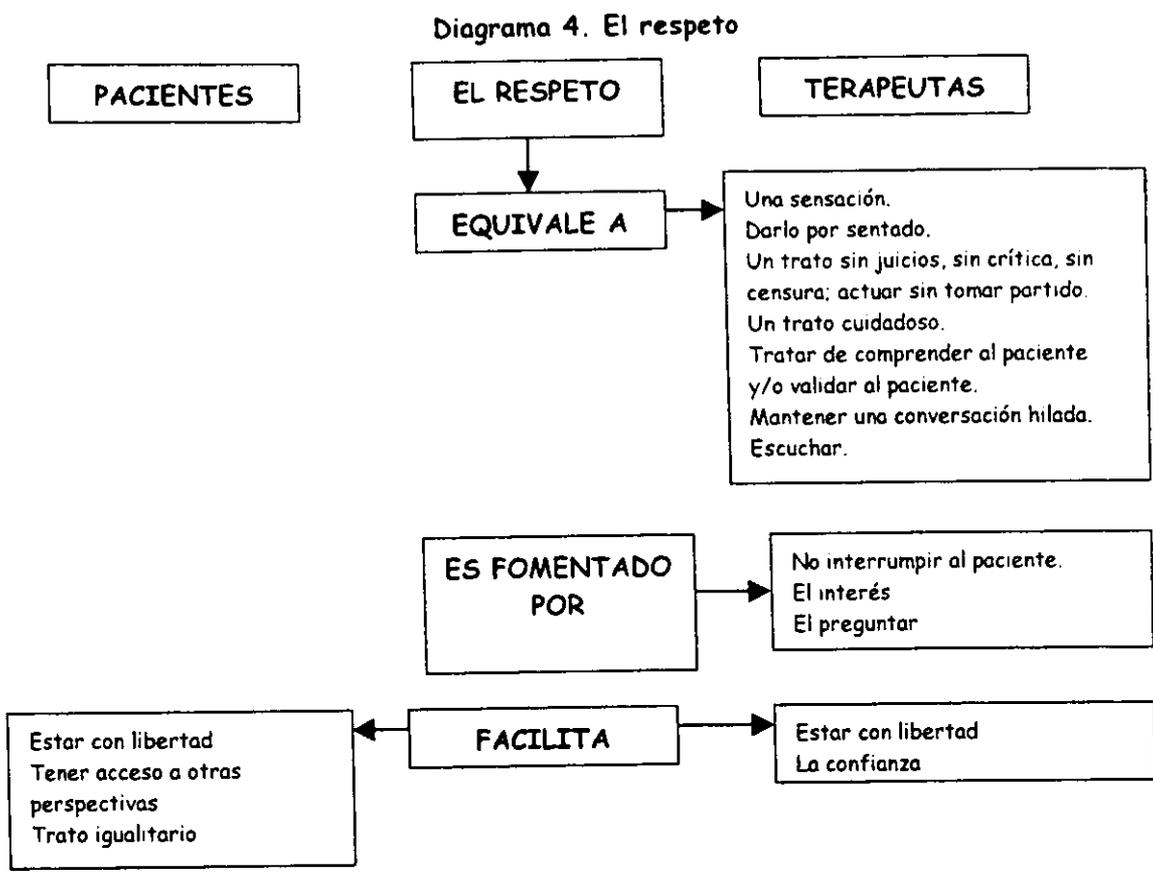
acuerdo acerca de que el estar con libertad equivale en significado a la confianza con el otro.

Diagrama 3. La confianza



Vemos también cómo para los terapeutas la confianza que sus pacientes pueden tener en ellos es fomentada por una manifestación de respeto. En el diagrama

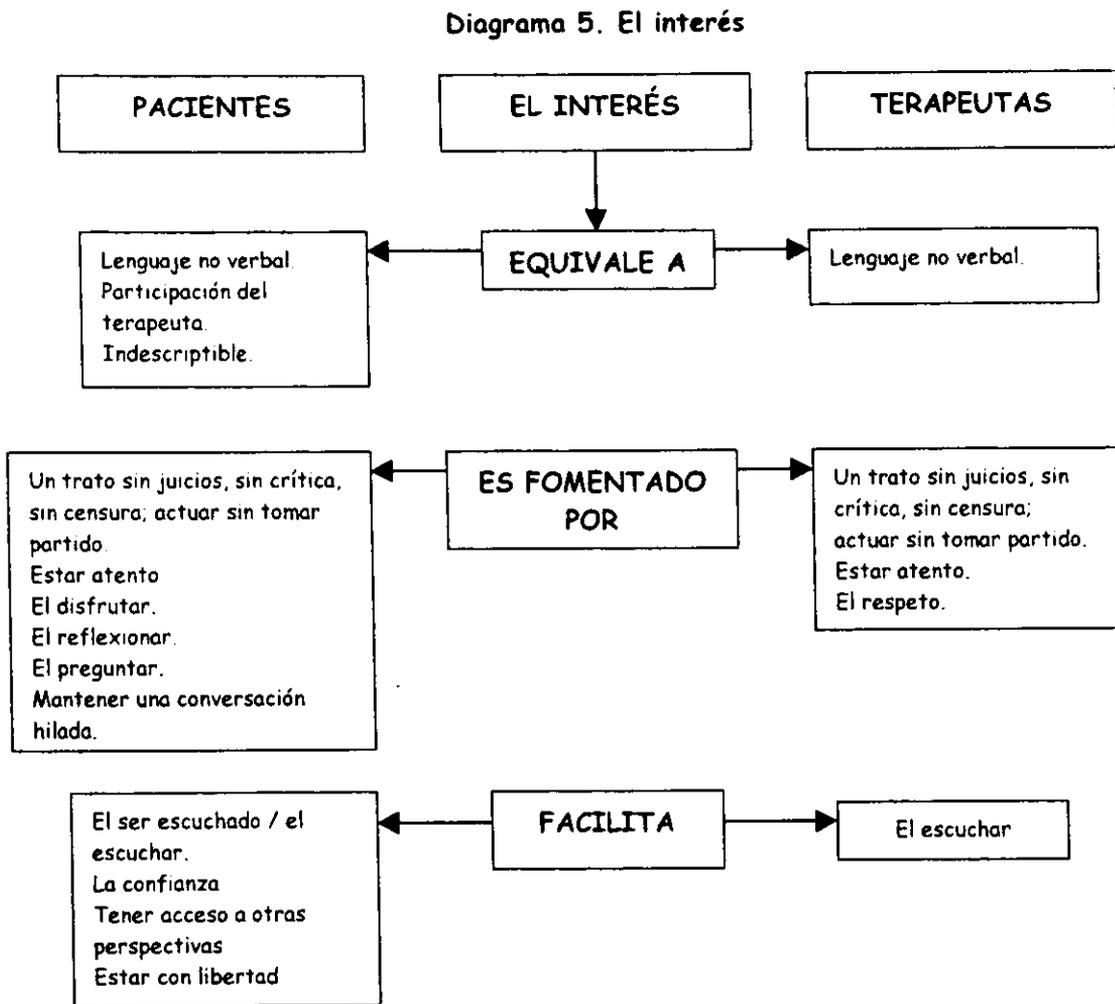
4, se presentan las argumentaciones de los entrevistados alrededor del respeto:



Observamos acuerdo entre el discurso de pacientes y terapeutas, sobre la argumentación de que el respeto facilita el estar con libertad en el encuentro terapéutico.

Es preciso señalar cómo, hasta donde se ha expuesto, tanto el respeto como la confianza en el otro son aspectos que se dan por sentados, en el caso del paciente, que puede confiar en su terapeuta, en el caso del terapeuta, que el respeto está presente. Por otro lado, únicamente la confianza en el otro se percibe como fomentada por la idea de profesionalismo.

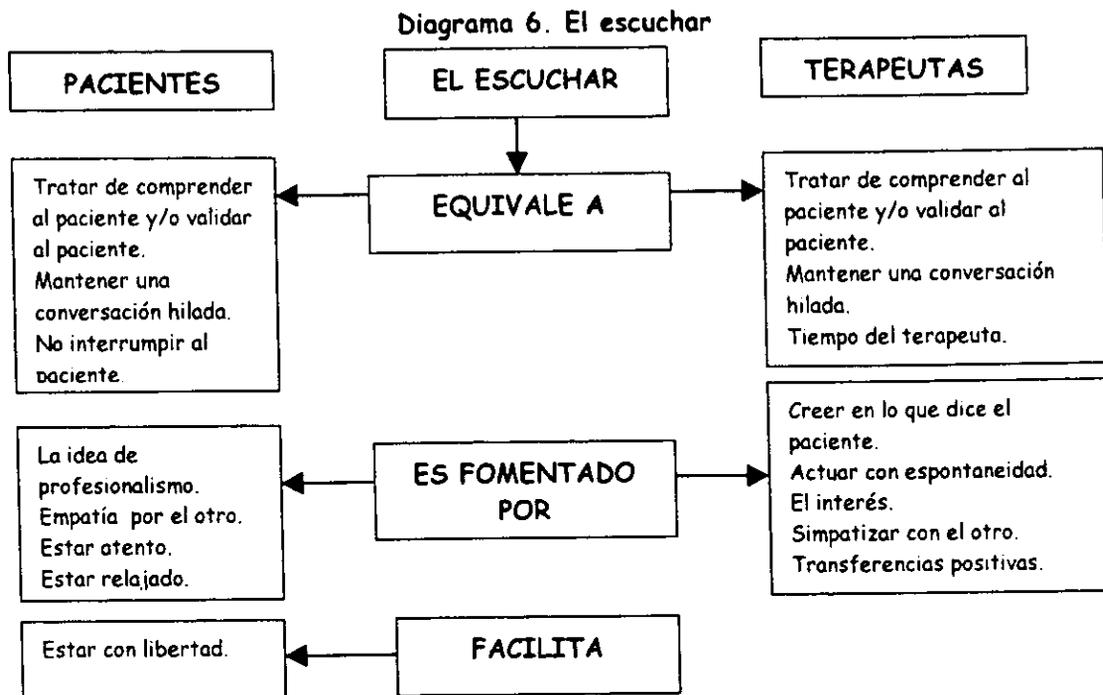
En el diagrama 5 se aprecian las argumentaciones de pacientes y terapeutas en el caso del interés sentido dentro del encuentro terapéutico:



Se observa acuerdo entre el discurso de pacientes y terapeutas en cuanto a que el lenguaje no verbal puede ser un indicador del interés sentido en el otro; un mismo acuerdo aparece en el caso de argumentar que el interés facilita tanto la actividad del escuchar al otro, como la idea o sensación de ser escuchado por el otro.

De la misma manera, se presenta un acuerdo sobre la argumentación de que el interés es fomentado por estar atento y por un trato sin juicios, sin crítica, sin censura, un actuar sin tomar partido. Esto último es más fácil de entender si se le interpreta como el hecho de que este trato libre de juicios y tomar partido fomenta la sensación o idea de que hay interés en el otro. Si se percibe que el otro está atento a uno y no está enjuiciando o pensando en tomar partido, entonces es signo de que ese otro está interesado en uno.

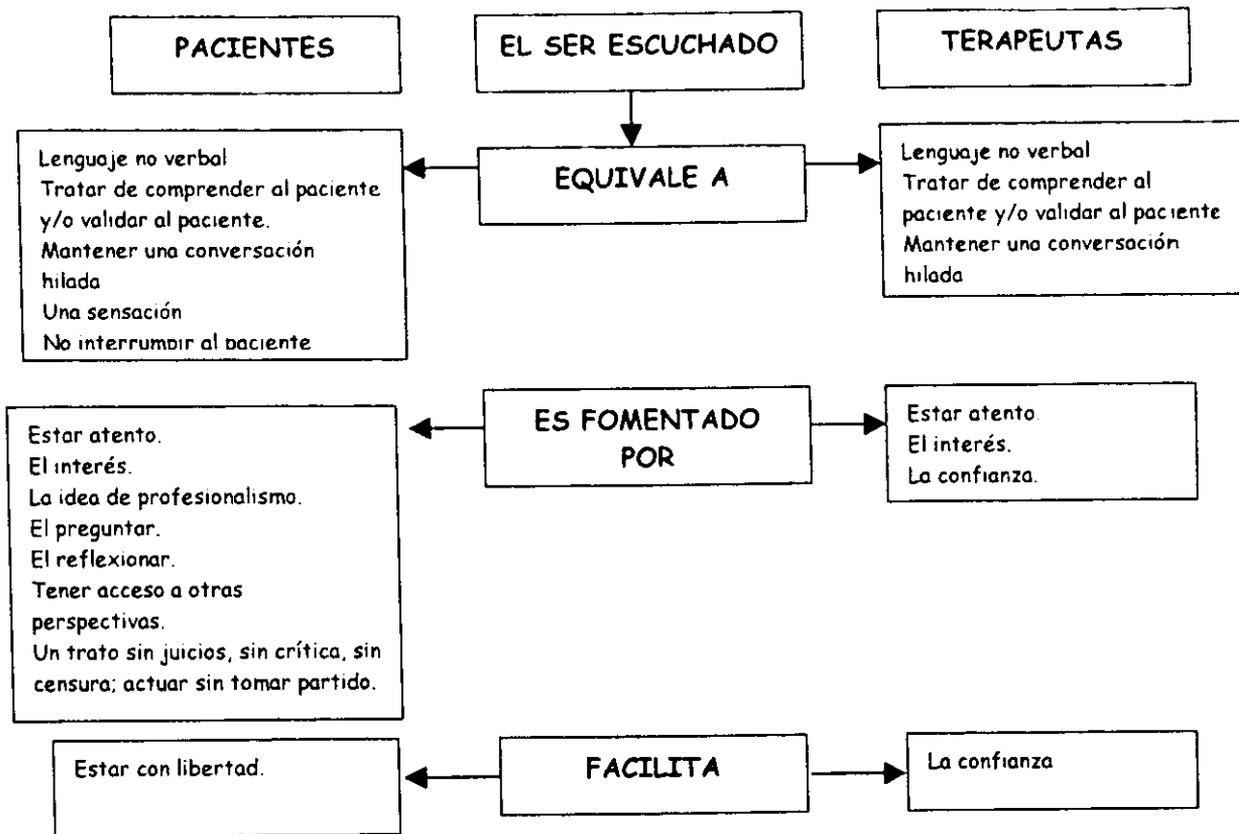
Aparece en relación con el interés, el elemento de la escucha. Se habla de la escucha en general, porque lo relativo a escuchar no se argumenta únicamente en el sentido de la sensación de sentirse escuchado por el otro, sino en función de la actividad que puede representar el escuchar. Así, pacientes y terapeutas hablan tanto del escuchar como del ser escuchado como eventos presentes dentro del encuentro terapéutico. En el diagrama 6 se presentan las argumentaciones alrededor del escuchar:



Apreciamos un acuerdo entre el discurso de pacientes y terapeutas en relación con que el esfuerzo de tratar de comprender al paciente, o en términos generales, al otro, es sinónimo de escuchar. De la misma forma, el mantener una conversación hilada parece equivaler, en significado, a la actividad de escuchar.

La idea de profesionalismo es argumentada como algo que fomenta el escuchar, en el sentido de que, para el paciente, parte de la labor profesional del terapeuta consiste, en sí, en escuchar; es decir, porque se es profesional de la terapia se puede escuchar. En el diagrama 7 se presentan las argumentaciones acerca del ser escuchado.

Diagrama 7. El ser escuchado



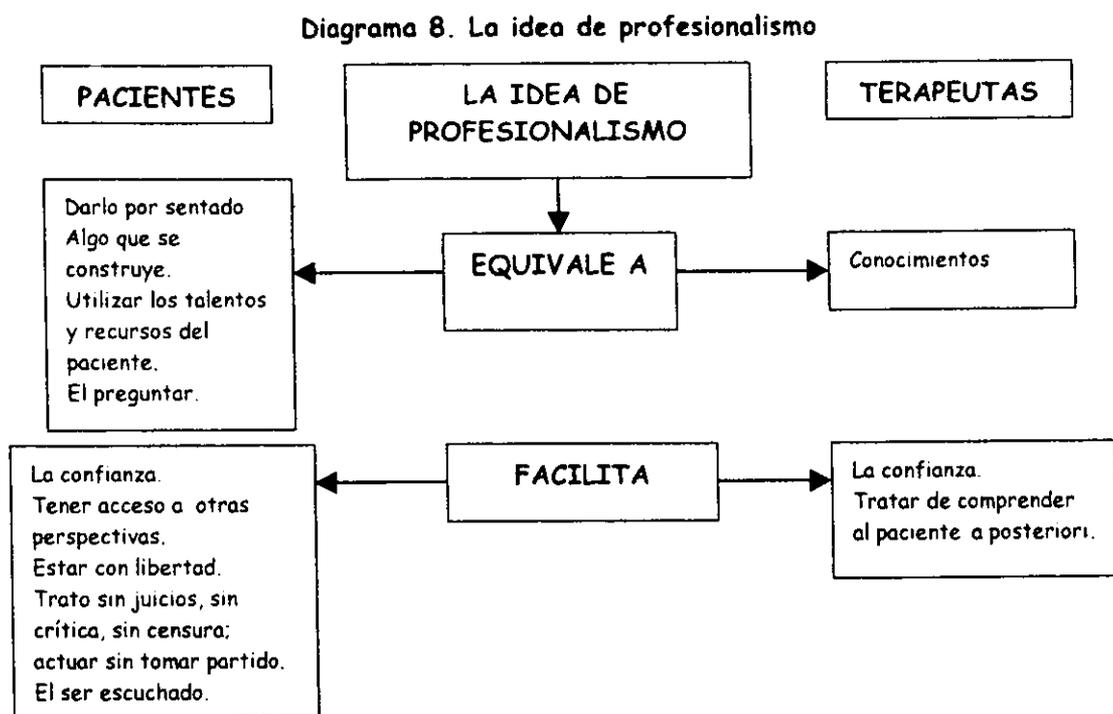
En el diagrama se manifiesta acuerdo entre el discurso de pacientes y terapeutas en relación con que el lenguaje no verbal es indicador de que se está siendo escuchado, así mismo el hecho de tratar de comprender al otro, en este caso al paciente, es también indicador de que se está siendo escuchado, y lo mismo en el caso del mantener una conversación hilada.

Se observa acuerdo, también, en el caso de que el estar atento y el interés en el otro fomentan la sensación de sentirse escuchado, según las explicaciones de los pacientes.

Por otro lado, está presente nuevamente la idea de profesionalismo. La lógica de la argumentación parece ser entonces, "no sólo es parte de su deber como profesional el escucharme, sino el hecho de que sea un profesional fomenta mi sensación de ser escuchado como paciente".

La idea de que se está con un profesional cuyo deber es "escucharme", fomenta entonces la confianza que el paciente le tiene y su sensación de ser escuchado

como tal. En el diagrama 8, se ilustra el resto de las argumentaciones proporcionadas alrededor de la idea de profesionalismo:



Nuevamente, se observa acuerdo entre el discurso de pacientes y terapeutas acerca de que la idea de profesionalismo facilita la confianza que el paciente puede tener en el terapeuta.

Ahora bien, si se reflexiona sobre los argumentos que proporcionaron los pacientes, se ve cómo la idea de profesionalismo que facilita que "yo como paciente pueda confiar aspectos íntimos de mi vida a un terapeuta, en cierto sentido la doy por sentada, si bien es una idea que no es determinante y que voy verificando a lo largo de las sesiones terapéuticas, es también algo que simplemente doy por sentado, sin mayor indagación o intento de verificación".

Se exponen los siguientes fragmentos de entrevista proporcionados por pacientes y terapeutas que, de alguna manera, ejemplifican lo expuesto en este apartado, atravesado en gran parte por lo que se ha llamado *idea de profesionalismo* en el caso de los pacientes:

Pacientes

"la confianza recíproca, una sensación de: 'confío en esta persona porque me inspira confianza', que está antes que nada, soy una persona sensible, entonces, lo siento..., es como una cuestión química..., no me preocupé por conocer el tipo de terapia, confiaba en él", "ayudaba a sentirme escuchado su actitud, que estaba sensible a cualquier movimiento que hicieras, el hecho de que me escuchara ayudaba a que yo fluyera más, él podía escucharme, porque yo pienso que está entrenado para ello, porque es parte de su trabajo, no pienso que todas las temáticas que yo llevaba fueran de su interés, pero aún así te escuchaba, me daba cuenta cuando una temática era de su interés, por su actitud, por el comentario que se daba, porque participaba, enriqueciendo tu punto de vista o narrándote algo similar", "sentía que alguien me escuchaba, que no tomaba partido por nada, que estaba atento y que me daba su punto de vista que me interesaba escuchar a mí, me lo decía desde afuera, entonces estaba dispuesto a analizarlo", "una persona del equipo me escribió algo, esa frase la tengo en mi casa..., significa que hubo alguien que me escuchó, que me dejó un pequeño gran legado, y que en su momento, se interesó por mí, y que alguna vez cuando esté hojeando el libro la voy a leer y me va a hacer recordar que hay muy buenas razones, bueno, principalmente, que hay gente que cree en mí, que creyó en mí, y que me deseó bien, y pienso que él estaba seguro de que saldría adelante..., aunque no tengo en mente las palabras, me gustó el detalle, me gustó el detalle", "no sé si poner antes interés o conocimientos..., pondría antes interés, hubo interés y luego hubo conocimientos..., interés para ayudarme, desde luego que si uno percibe que hay interés, en este caso del terapeuta, en esa medida también uno suelta..., le dan a uno ganas de decir cosas, aún cuando no tengan nada que ver..., las dice uno porque hay confianza", "yo ya iba con el antecedente de que son gentes profesionales..., ya no era aventurar o decir: 'bueno, a ver cómo me va', sino ya llevaba yo un antecedente..., me dio la seguridad de que no iba yo con cualquier persona el hecho de saber que era con una gente profesional..., es importante más no definitivo, porque igual, al platicar con él, al verlo físicamente, al escuchar sus comentarios, al escuchar sus consejos, yo creo que eso lo vas reafirmando", "él me dijo lo que yo tengo para ayudarme a mí mismo, serían tal vez sus conocimientos, que me hizo saber que yo puedo..., no sé, yo creo que ya saben qué hacer para cada persona, con una pregunta, tal vez ya sean expertos, son expertos", "es un interés que hay, interés de que me están escuchando, yo lo escucho, y es mutuo..., cuando hay gente que no nos interesa lo que está diciendo, simplemente, pues no ponemos atención, el interés de que me va a ayudar a mí y de que me está ayudando, y de que estoy aquí porque yo quiero, porque yo lo decidí", "con el terapeuta me sentía más en confianza..., como que es de persona a persona y lo puedo ver, puedo ver sus gestos, y la gente que está atrás del espejo como que", "su lenguaje corporal demostraba interés, no la rigidez de estar sentado checando los relojes..., incluso ponerse así [*codo en la rodilla, puño de la mano en la barbilla, pecho y dorso hacia delante*], esta posición te refuerza, porque dices: 'pues me está poniendo atención', "el tutearme, ya con eso, más que suficiente, ya me había ganado..., mi nombre lo decía con un énfasis que me hacía sentir importante", "el que me contara sus anécdotas influenciaba en que él también me tenía confianza..., me hacía no verlo como terapeuta", "me hizo bien que me escucharon..., es bueno cuando no interrumpen a la gente y la escuchan".

Terapeutas

"yo lo escuchaba, y lo que me permitía escucharlo, hay personas que nos son mucho más agradables y atractivas que otras, había un grado de simpatía", "facilitaba que me escuchara el que confiaba en mí, probablemente que sabía que había un real interés de mi parte por él", "hay muchos indicadores para darme cuenta de que escuchaba, desde la postura, el contacto visual, que en una sesión posterior saca a colación algo que yo dije", "mi postura es respetuosa..., no sé cómo llamarle, con feeling..., pero dándole la posibilidad a la persona, de elegir", "fue escuchado no sólo por mí, hablé con el equipo de él, aún cuando él no está, le dedicamos un espacio, un tiempo", "mi postura de apertura a formas distintas de pensar..., me ayuda mucho a escuchar a la gente y a preguntar cuando alguien dice algo que no me checa..., me ha permitido el ser curioso, el que me interese o me intrigue..., indagar un poco en mundos, en la forma en que la gente ve el mundo distinto al mío", "me da curiosidad conocerlo, siempre y cuando sea yo respetuoso y que él esté dispuesto a compartir conmigo sus experiencias", "ayudó a que lo escuchara mi disposición, desde antes de entrar a la sesión mi disposición era la de escuchar..., además, el paciente era muy genuino cuando estaba hablando de lo que hablaba", "en la primera sesión yo creo que él no escuchaba lo que yo le estaba diciendo..., me contestaba otra cosa, o me contestaba lo mismo..., después fue prestando más atención..., me daba cuenta de esto en las respuestas, iban más en consonancia con el tema que le estaba proponiendo..., las respuestas eran congruentes con lo que yo le preguntaba", "respetuoso, sin exigencias concretas de: 'tienes que decir eso que te está causando dolor'..., no le exigía algo que él no quisiera hacer..., en ese momento no se lo exigí y le di la opción de que fuera retomado en otro momento..., respetuoso también en el sentido de que si él estaba hablando en torno a algo, generalmente yo esperaba a que terminara y no preguntaba", "la manera en la que yo escucho..., cuando alguien me está platicando algo que lo agobia, lo estoy escuchando, pero también estoy tratando de ponerme en su lugar..., pienso qué tanto podría dolerme, qué tanto podría afectarme lo que le está pasando", "el conocimiento sí está, pero no es lo primero..., te sirve como para explicarte cosas, como para dar cuenta de lo que pasó y entender".

4.5.4 Acciones específicamente terapéuticas

A medida que se lean las acciones consideradas como específicamente terapéuticas que, de acuerdo con las diadas, tienen lugar dentro de la sesión terapéutica exitosa, se hará evidente que no se están mencionando por primera vez a lo largo de la presentación de resultados aunque, al mismo tiempo, quizás se entienda por qué se le consideró como rubro independiente del resto.

Tal como se ha visto hasta ahora el significado de la *forma de manifestarse dentro de la relación terapéutica* y *los elementos que mantienen la relación terapéutica* depende, en parte, de las acciones específicamente terapéuticas. También ocurre que el significado de las acciones específicamente terapéuticas dependa de la forma de manifestarse y de aquello que mantiene la relación terapéutica.

Se habla de lo *específico* de estas acciones porque corresponden a las respuestas que se dieron ante preguntas de tipo ¿qué elementos dirías que hubo en el tratamiento que te hacen pensarlo como útil?, o bien, ¿si habláramos de ingredientes, qué ingredientes dirías que tuvo el tratamiento que lo hace ser exitoso? (esta idea de los ingredientes, surge a partir de una de las entrevistas con uno de los terapeutas) y, en este sentido, las *acciones específicamente terapéuticas*, en su mayoría, remiten a otro campo semántico diferente al de la relación terapéutica y al de los elementos extra sesión.

El cuadro 4.9 resume las subcategorías de acciones específicamente terapéuticas donde se encontró el mayor consenso entre las diadas.

Observamos el mayor consenso alrededor de la categoría del *tener acceso a / ofrecer otras perspectivas*, mientras el paciente resalta que tiene acceso a otras perspectivas en la relación con el terapeuta, el terapeuta enfatiza el hecho de que las ofrece. El discurso relativo a esta categoría es prácticamente espontáneo por parte de los entrevistados, puesto que nunca fue parte en sí de los tópicos de entrevista.

Aunque el significado de esta categoría pueda parecer obvio, ya en el hecho de que el terapeuta *ofrece* y el paciente *tiene acceso* a otras perspectivas encontramos una diferencia de percepción. En términos generales, la forma que

adquieren esas otras perspectivas tanto para pacientes como para terapeutas tiene que ver con "resúmenes", "síntesis", "comentarios de conexión", "reflexiones", "puntos de vista", "consejos", o bien, "comentarios personales por parte del terapeuta".

Al tener acceso a otras perspectivas, los pacientes resaltan el contenido de las mismas: "me retroalimentaba diciendo: 'eres fuerte, ya sabes que eres así, ¿qué puedes hacer?' ". Por su parte, al hablar de cómo ofrecen otras perspectivas al paciente, los terapeutas tienden a señalar la "intención" de cambio que pueden tener al ofrecerlas y resaltan la importancia que tiene, en sí, el cambio de perspectiva, más que su contenido: "decir alguna frase que pudiera ser útil o adecuada en ese momento, una frase que lo condujera a un cambio de actitud", "llevar la conversación con el paciente a una descripción interaccional..., para que él ligara su problema desde esta perspectiva..., que el paciente pueda compartir esta visión interaccional le ayuda".

El respeto y el interés que, en este documento, son parte de los elementos que mantienen la relación terapéutica, facilitan en el paciente tener acceso a otras perspectivas. Así mismo, la sensación de ser escuchado se ve fomentada en el paciente, al tener acceso a otras perspectivas. En otras palabras, podríamos pensar que las perspectivas que ofrecieron los terapeutas en este estudio, fomentaron la sensación de ser escuchado en sus pacientes.

4.9 Acciones terapéuticas

Acciones Terapéuticas	Pacientes	Terapeutas	Acuerdos
Tener acceso a /ofrecer otras perspectivas	6*	6	6
Utilizar los talentos y recursos del paciente	6*	5	5
Tratar de comprender al paciente y/o validar al paciente	5*	5	5
El preguntar	5*	4	4
El reflexionar	5*	3	2
El disfrutar	4	4	3
Trabajo con presente y/o futuro	3	5	3
Ser sistemático	2	3	1
Lenguaje no verbal	**	**	**

*= Incluye dos descripciones de un mismo paciente.

**= Indica únicamente la presencia de la categoría

De manera consistente, las diadas hicieron mención durante su entrevista a la subcategoría de *utilizar los talentos y recursos del paciente*. Esta acción terapéutica es descrita por los pacientes como un resultado o logro del tratamiento: "a final de cuentas es la autoayuda, la autoaceptación, la

autovaloración", mientras que los terapeutas resaltan más el manejo que se hace de dichos talentos y recursos dentro de la sesión y, en este sentido, hablan más de un manejo técnico, de herramienta terapéutica: "las soluciones están dadas por lo que la persona cree que puede hacer en ese momento, tiene que ser factible que la persona lo pueda implementar", "yo he aprendido a conversar con los pacientes de una manera que pueda sacar a relucir lo que funciona en ellos".

En el caso de los terapeutas, también hablan de ciertos atributos y capacidades del paciente que son en sí recursos terapéuticos.

El *tratar de comprender al paciente/validar al paciente* presenta una equivalencia de significado con "el escuchar" y con "la sensación de ser escuchado", ser escuchado es "ser comprendido", ser comprendido es "ser apoyado", validado. Aunque lo anterior fue mencionado tanto por terapeutas como por pacientes, está más presente en el discurso de pacientes que en el de terapeutas, quienes resaltan todo lo que implica el tratar de comprender/validar a su paciente, en términos de un manejo deliberado de la propia persona como terapeuta: "estoy comprendiendo a la persona, busco por qué para la persona puede ser significativo algo", o bien, "es no verbal, como yo queriendo entender y preocupándome al mismo tiempo porque el paciente sepa que estoy captando lo que me quiere decir". También es resaltado por los terapeutas que el tratar de comprender/validar a su paciente, equivale a respeto.

La acción terapéutica de *tratar de comprender al paciente/validar al paciente* corresponde a lo que hace el terapeuta y no a acciones terapéuticas que implican trabajo por parte del paciente, caso éste, como veremos más adelante, del *reflexionar*, el *disfrutar* y el *trabajo con presente y/o futuro*.

Resalta cómo mientras para los pacientes el ser validado tiene una connotación de que "el terapeuta apoya lo que tú quieras ser en un momento dado", para los terapeutas el tratar de comprender y validar al paciente implica encontrar una "explicación lógica" a la situación que el paciente vive, o bien, una "preocupación" por entender la "visión de mundo" de su paciente, y no necesariamente un "apoyo" o un "estar de acuerdo", por ejemplo, un terapeuta mencionó: "había algo lógico, aunque no justificable en sus relaciones difíciles".

En este sentido no se corresponde la "intención" del terapeuta con el "efecto" en su paciente.

Para los pacientes, el tratar de comprender/ser validados por sus terapeutas, fomenta la confianza que ellos puedan tener en el terapeuta.

Pasando *al preguntar*, se utilizó este término porque como parte del discurso de las diadas parece claro el carácter de "acción" que las preguntas pueden tener. En el caso de los pacientes tienden a resaltar el "efecto" que las preguntas pueden tener en el sentido de fomentar la percepción de "interés" y la sensación de ser escuchado. Además, para los pacientes, el preguntar es argumentado como equivalente a la idea de profesionalismo: "es profesional porque me pregunta".

En el caso de los terapeutas resaltan como, a través de las preguntas, pueden "hacer una exploración de la historia", "detener al paciente", o bien, a través de "la forma en que se pregunta" fomentar la sensación de "respeto", por ejemplo, "al no anteponer otras ideas que no pertenezcan a la conversación". Resalta entonces con el nombre de *el preguntar* el carácter "ilocutivo" de la acción de preguntar que no pasa desapercibido para los actores de la relación terapéutica.

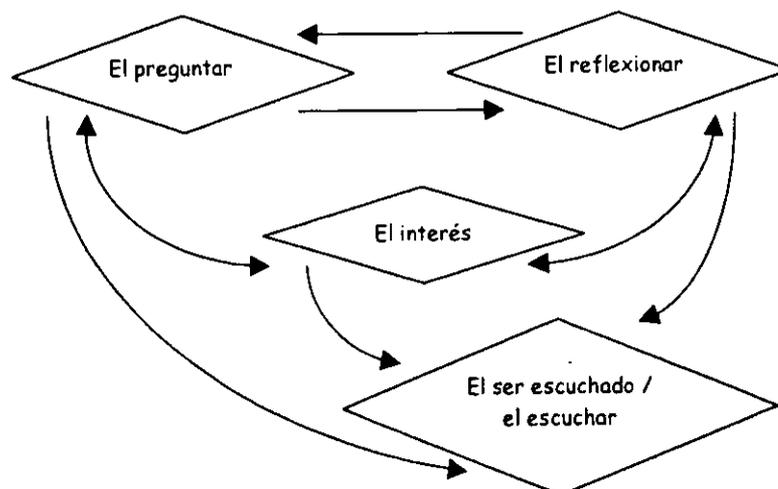
Por otro lado, se podría hablar de un significado compartido entre las diadas que también remite al carácter ilocutivo del preguntar, en términos de la relación que se establece entre *el preguntar* y *el tener acceso a otras perspectivas* o, en el caso de los terapeutas, ofrecerlas. Mientras los pacientes hablan de cómo le "hacían ver las cosas" por medio de una pregunta, los terapeutas resaltan el carácter "generador" que pueden tener las preguntas en cuanto a la gestación de una perspectiva diferente.

Al igual que en el caso del preguntar, se ha decidido hablar de *el reflexionar* en modo infinitivo, porque en el discurso de los entrevistados fue resaltado su carácter de "acción que se lleva a cabo", su carácter de proceso. Dado lo anterior podemos pensar el significado de lo relativo a la reflexión como producto y como proceso. Como proceso, para los entrevistados de este estudio, la acción de reflexionar es resultado de otra acción, *el preguntar*.

El significado del reflexionar como el resultado, el efecto del preguntar está más presente en el discurso de los pacientes que en el de los terapeutas. Cuando lo relativo a la reflexión es producto, la reflexión equivaldría en significado a la *otra perspectiva* a la que se tiene acceso o que se ofrece. Cuando es visto como proceso, el reflexionar es acción, es una capacidad de la persona, equivale a "pensar", a "razonar", a "analizar", es una actividad dentro de la sesión, pero que puede trascender los límites del tiempo del encuentro terapéutico. En este sentido, un elemento que forma parte de las relaciones terapéuticas, que se practica en las sesiones terapéuticas, se convierte en un elemento terapéutico *extra sesión*; o bien, una acción que normalmente se lleva a cabo como parte de la vida cotidiana, fuera de terapia, adquiere un significado de acción terapéutica una vez que se dejan las sesiones de terapia: "algunas veces, ese cuestionamiento que el terapeuta me llegó a hacer me lo llevé yo a mi casa".

En general, el reflexionar como proceso, como acción, es un ejercicio que se piensa como algo que lleva a cabo el paciente, aunque es fomentado por el terapeuta. El reflexionar fomenta la percepción de interés y la sensación de ser escuchado, elementos que, en este trabajo, se proponen como aquello que mantiene la relación terapéutica. Por un lado, el reflexionar y el preguntar son parte de un proceso; por otro lado, ambos parecen fomentar la percepción de interés en uno y la sensación de ser escuchado por el otro; a su vez, la percepción de interés en uno, facilita la sensación de ser escuchado por el otro y el escuchar al otro. Lo anterior queda ilustrado en el diagrama 9:

Diagrama 9. El proceso del preguntar y el reflexionar



Como acciones terapéuticas, el reflexionar y el preguntar pueden ser parte de la forma de manifestarse en la relación terapéutica. Así como en el diagrama 2 de ilustró "el ser" como un significado, una construcción resultante de la forma de actuar y de la forma de estar en la relación terapéutica, el diagrama 9 podría ilustrar la idea de que "el otro está interesado en mí y de que estoy siendo escuchado", como significados generados a partir de las acciones del preguntar y el reflexionar.

Como se puede apreciar en el cuadro 4.9 existe consenso también sobre *el disfrutar* como acción terapéutica. El disfrutar es mencionado en dos sentidos, como una forma de manifestarse dentro de las sesiones terapéuticas y como un indicador de "cambio" y en ese sentido, parte de lo que se logra hacia el final del tratamiento. Más adelante veremos que el disfrutar es considerado también como uno de los elementos de utilidad terapéutica que se dan extra sesión.⁶

Como forma de manifestación, *el disfrutar intra sesión* parece tener la característica de mutualidad porque disfruta, está a gusto, se divierte, no sólo el paciente, sino también el terapeuta. Por ejemplo, un paciente mencionó: "luego me contaba experiencias tuyas, y las disfrutábamos..., incluso dos o tres ocasiones nos llegamos a tomar un café ahí juntos, en su consultorio", y un terapeuta habló de: "yo necesito estar jugando con lo que estamos hablando..., y divertirme, necesito disfrutar de eso". Este disfrutar mutuo fue argumentado en el caso de los pacientes, como algo que fomenta "la percepción que yo tengo de que el otro está interesado en mí".

En cuanto al trabajo terapéutico relacionado con el tiempo, en general, se mencionó un trabajo con pasado, presente y futuro. No obstante, los contenidos de las alusiones al tiempo, tienden a concentrarse en el *trabajo con presente y/o futuro*. Como en el caso del disfrutar intra sesión, el *trabajo con presente y/o futuro* encuentra su significado en función de ser un indicador de cambio. Por otro lado, este trabajo tiene que ver con el establecimiento de metas dentro de la sesión terapéutica que implican un

⁶ Aunque el disfrutar es parte de la forma de manifestarse y es un indicador de cambio, se incluye dentro de las acciones terapéuticas, porque aparece en las respuestas de los entrevistados cuando se preguntó sobre los elementos que hubo en el tratamiento, que lo hicieron útil o exitoso.

trabajo del paciente en sus contextos cotidianos. Llama la atención que incluso en el caso de la diada psicoanalítica, el terapeuta mencionó un trabajo orientado al presente: "como no tengo capacidad de hacer modificación sobre las áreas genéticas de la persona, entonces trabajo sobre los hechos de la vida cotidiana del paciente". A pesar de que a lo largo de las entrevistas con esta diada se manifestaron verbalizaciones que aludían a un trabajo con el pasado, cuando los participantes aluden a lo que percibieron como elemento de utilidad terapéutica, se enfatiza el tiempo presente.

Durante las entrevistas se aludió también al *ser sistemático*, como un aspecto que generalmente acompaña a otra acción terapéutica como, por ejemplo, el reflexionar, el trabajo con presente y/o futuro, y la generación de otras perspectivas. Se percibe "consistencia", "encauzamiento" constante, "tenacidad" y "empeño", como parte de la forma de ser sistemático en el trabajo terapéutico. Vale la pena mencionar que en múltiples ocasiones terapeutas y pacientes hicieron alusión a una especie de "obligar o forzar" al paciente. ¿Qué tipo de relación está dada cuando el paciente percibe que es obligado, el terapeuta percibe que obliga y la relación se mantiene? En general, no es un "obligar" que se interprete como "imposición", sino, como un paciente lo menciona, es un "obligarte en buen plan".

Para terminar con lo que incluye el cuadro 4.9, llama la atención que el *lenguaje no verbal* es considerado no sólo como parte de la forma de manifestarse dentro de la relación terapéutica, sino como acción terapéutica en sí misma. Aunque esta distinción fue mucho más remarcada por los terapeutas, también los pacientes lo pudieron percibir así.

Además de las acciones específicamente terapéuticas que incluye el cuadro 4.9, fueron mencionadas también como acciones terapéuticas: "el focalizar el problema", "el solo hecho de expresar", "el que el terapeuta comparta experiencias personales" y, en algunas ocasiones, eventos "indescriptibles". Estas últimas acciones están presentes principalmente en el discurso de los pacientes y no se comentan mayormente porque no fue tan obvio el consenso alrededor de ellas. No obstante, también fueron acciones consideradas como específicamente terapéuticas y, como vimos anteriormente, se hizo mención de algunas de ellas al hablar de la confianza como elemento que mantiene la relación terapéutica. Así, que el terapeuta comparta experiencias personales,

se argumenta como algo que fomenta "la confianza en el otro", mientras que "la confianza con el otro" facilita el expresar.

Otras categorías de acciones terapéuticas que fueron mencionadas únicamente por los terapeutas y donde tampoco se observó mayor consenso fueron: "la contextualización", "el trabajo con la red del paciente", "las transferencias positivas", "el modelar", "el buscar el enganche", "creer en lo que dice el paciente", "creer en los avances del paciente". Una categoría mencionada como acción específicamente terapéutica por un solo paciente y por un solo terapeuta de diferentes diadas, fue: "creer en la capacidad del paciente" que, como se expuso antes, también es parte de las expectativas de los terapeutas. La "empatía por el otro" y "desbloquear la personalidad" fueron categorías mencionadas únicamente por la diada psicoanalítica.

Resumiendo, acciones terapéuticas donde se encontró el mayor consenso entre las diadas y cuyo significado tiene que ver con la forma de manifestarse en la relación terapéutica son: el preguntar, el reflexionar, ofrecer otras perspectivas/tener acceso a otras perspectivas. Acciones terapéuticas donde se encontró el mayor consenso entre las diadas y cuyo significado tiene que ver con los elementos que mantienen la relación terapéutica fueron: el preguntar, el reflexionar, el tratar de comprender/validar al paciente, el disfrutar, lenguaje no verbal, y tener acceso/ofrecer otras perspectivas.

Lo anterior se menciona, como una forma de validar la presencia de flechas bidireccionales entre las acciones específicamente terapéuticas y los elementos más centrales en el diagrama general que se presentó en el apartado 4.5.1. Por un lado, con dichas flechas se busca ilustrar gráficamente el hecho de que las acciones terapéuticas equivalen o facilitan la idea de que hay confianza, respeto, interés, escucha y profesionalismo en el encuentro terapéutico, y que tienen también un papel importante en cuanto a lo que se percibe como forma de manifestarse dentro de la relación terapéutica. Por otro lado, la bidireccionalidad implica que tanto los elementos que mantienen la relación terapéutica, como la forma de manifestarse en la misma, pueden ser aspectos que hacen viable en un momento dado una acción terapéutica.

A continuación se presentan fragmentos de entrevista, como ejemplos de la voz de los entrevistados, cuando hablaron de las acciones específicamente terapéuticas en general.

Pacientes

"me dejaban tarea, y al momento en que yo hacía algo, me daba cuenta en qué influía... me di cuenta en el momento exacto qué es lo que pasaba, me ayuda diario, no se me olvida, yo puedo ayudarme en el momento preciso", "el tratamiento me aportó recursos personales que estaban ya en mí, pero que no había aprendido yo a desarrollarlos, pienso en el concepto griego de educación, que es la palabra educare, que significa sacar de dentro lo que llevas, desde ese punto de vista yo viví el tratamiento, no me introduje a algo que no fuese mío", "en esta terapia ni te resuelven, ni te dan fórmulas mágicas, lo que hacen es que te obligan en plan positivo a utilizar tus propias capacidades de análisis y de autoevaluación y de generación de estrategias para plantearte distintos escenarios", "sí había interés también por parte del equipo, sí me escucharon, porque a veces ellos mismos también me preguntaban", "el cuestionar, el preguntarte es una manera de empezar a adentrarte y de empezar a sanar a las personas, porque te lleva a lugares que muchas veces no has tocado", "las palabras se van, una carta la puedes leer una y mil veces, la lees hasta que te cae el veinte y dices 'aquí está mi fuerte, no soy como pensaba'", "estás siempre en dos niveles, uno en lo que estás diciendo y el otro en lo que paulatinamente vas creando, vas creando tu capacidad de reflexión acerca de lo que estás diciendo y dices: 'ah, entonces esto es esto', vas concluyendo tú mismo", "dejé de atormentarme de lo que no pudo ser en el pasado, no me estaba estancando, sino que empecé a producir para mi beneficio personal", "muy rico, como si no hubiera sido terapia, muy a gusto, fue suave, tan suavemente que no sé qué pasó, pero pasó, era una terapia muy divertida", "sales con un porcentaje más alto de como entraste, y te lo puedes seguir semanas o algunos días, es más rico", "esa manera de ir analizando, decidiendo y tomando estrategias: 'no te distraigas, focaliza una cosa, no irte tan atrás, sino: 'bueno, pues esta es tu realidad, este es tu entorno, bueno, pues toma una solución en ese sentido', en resolver el presente y el futuro a nivel de estrategias", "lo que te aconsejaron o lo que te hicieron ver, ponerlo en práctica básicamente, para empezar, poner en práctica muy pequeños ejemplos de cambio, luego se fue a ejemplos más importantes y más grandes", "me sentía escuchado, sobre todo comprendido", "él tiene la habilidad del camaleón, se pinta del color que esté surgiendo en la sesión, es importante porque, la persona te escucha, tienes un interlocutor", "siento que mucho de lo que dije también le sirvió al equipo para tomarlo en cuenta, como una conducta que tiene determinada persona cuando tiene algo que le duele, o cuando esa persona tiene algo dentro que no lo deja ser feliz", "ese obligarte a hacer un análisis o un razonamiento y además forzarte a ver opciones, te pone en un plan más positivo, más resolutivo".

Terapeutas

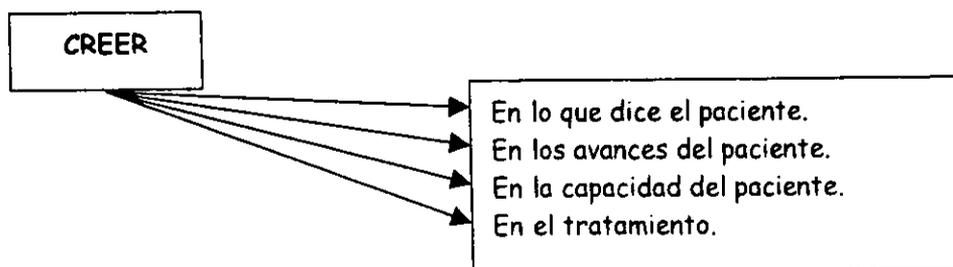
"sacarlo de esa línea narrativa, que me empiece a contar lo otro, entonces son preguntas que no se había hecho, es como empezar a inventar", "la gente habla como en refrán, como sin darnos plenamente cuenta de lo que estamos diciendo, y estos refranes, vamos a ver qué tan ciertos o adecuados son al contexto en el que los estamos usando, irlo desmenuzando, entonces a la gente le empieza a quedar claro: 'yo estaba diciendo este refrán, pero ya cambió la historia'", "es muy importante hacerle sentir sus valores humanos, que son los ejes fundamentales de un tratamiento", "el paciente podía hacer descripciones distintas a aquella en la que estuviera en primer plano el problema, eso podría ser algo que lo ayudara a salir adelante", "era una persona de un pensamiento rápido, que traía esta noción de hacer en lugar de decir, él solo se daba sus intervenciones", "poco a poco irlo deteniendo, haciéndole preguntas, lo iba jalando, así, haciéndole preguntas", "si tú le haces a una persona una pregunta que nunca nadie le había hecho, te va a dar una respuesta pensada o creada", "llevo a mis pacientes a que reflexionen, es un esfuerzo de análisis de cada uno de los pacientes", "sobre todo, ayudo a la gente a pensar, ayudo a la gente a reflexionar mucho sobre lo que estamos hablando", "creo que no se había dado cuenta de que se estaba descuidando, cuando empiezas a hablarle de lo que le gusta, de lo que hace, sale a colación", "yo estaba muy pendiente de rescatar lo que en su pasado o en sus añoranzas de futuro tuviera que ver más con recursos, con capacidades, con posibilidades de él", "otro elemento que me gusta es ver la forma de pensar a corto, mediano y largo plazo, y ver si lo que está realizando o pensando en su momento actual lo lleva hacia lo que está pensando a futuro", "a lo mejor es comprensión, cuando tú empiezas a escuchar, es como armar el rompecabezas de esa persona", "estoy escuchando y entendiendo lo que me está diciendo, si tú estás viendo a la persona constantemente, retomas parte de lo que está diciendo o preguntas a partir de lo que está diciendo, la persona puede saber que tú estás comprendiendo lo que está diciendo, a mí me sirve mucho imaginarme yo en la situación que la persona está viviendo o está narrando, si yo hago eso, puedo sentir que estoy comprendiendo más a la persona", "yo creo que las personas hacen lo que hacen por lo que viven, inmediatamente como que se me activa esta comprensión del mundo, de que la gente, tiene razón de hacer eso que está haciendo, sintiendo, pensando, que es por algo", "en la última sesión se explora qué tiene que hacer él para seguir manteniéndose, cuáles son las cosas que podrían ocasionarle que otra vez regresara a sentirse mal, estuvo muy bien explorado y cimentado qué es lo que tenía que hacer para seguir estando bien", "siempre era como la parte donde sí era eficaz, eso fue muy consistente, fue como una aversión, así, de no darme desviar del punto donde estaba trabajando con él".

4.5.5 El creer

Las diadas de estudio hicieron alusión a ciertos elementos que serían parte de la forma de manifestarse en la relación terapéutica aunque, por otro lado, no corresponden ni a una forma de actuar, ni a una forma de estar dentro de la relación. Tales elementos tienen que ver con el creer y ya han sido mencionados anteriormente.

Creer en lo que dice el paciente y creer en los avances del paciente fueron acciones terapéuticas únicamente mencionadas por terapeutas. *Creer en la capacidad del paciente* fue mencionado como acción terapéutica por un paciente y por un terapeuta de diferentes diadas. *Creer en lo que dice el paciente* fue utilizado por los terapeutas para argumentar aquello que fomenta el escuchar.

Si en este momento recordamos el punto relativo a las expectativas hacia el tratamiento, encontraremos de nuevo este *creer*, como *creer en la capacidad del paciente* para los terapeutas y como *creer en el tratamiento* para los pacientes. A continuación se presenta un diagrama que condensa lo anterior:



Es interesante ver cómo lo que es considerado una expectativa es también mencionado como elemento que tiene que ver con lo que hace útil a un tratamiento; esto es, "yo como terapeuta creo en la capacidad de mi paciente para superar su problema y esta misma "fe" (o credibilidad o veracidad que le doy a lo que dice mi paciente) es lo que después califico como elemento que hace útil a un tratamiento terapéutico"; "yo como paciente, percibo que el terapeuta o los terapeutas creen en mi capacidad y ello me parece que es un elemento que favorece al tratamiento".

4.6 Elementos extra sesión

Se está entendiendo por elementos *extra sesión*, aquellos elementos que tienen lugar fuera de la sesión y que, no obstante, contribuyen al resultado terapéutico, según los entrevistados en este estudio. En el cuadro 4.10 se condensan los resultados en relación con los elementos extra sesión.

4.10 Elementos extra sesión

Elementos extra sesión	Paciente	Terapeuta	Acuerdos
Recursos personales del paciente	6*	4	4
El disfrutar	4	2	2
Recursos de la red social del paciente	6*	4	4
Eventos al margen	3	3	2
Tiempo del terapeuta	2	5	2

*= Incluye dos descripciones de un mismo paciente.

Como parte de los recursos personales del paciente se mencionaron atributos como, por ejemplo, "ser inteligente", "ser perseverante", "tener voluntad de cambio", "estar motivado", "ser capaz de buscar soluciones", etcétera.

Como vemos, *el disfrutar* es una subcategoría presente no sólo como elemento extra sesión, sino también fue uno de los elementos *intra sesión* mencionados anteriormente. En el disfrutar como elemento *extra sesión* resalta el hecho de llevar a cabo actividades que gusten y que tengan que ver con el paciente mismo como persona.

Se mencionan los recursos de la red social del paciente como elemento *extra sesión*, en este punto se alude básicamente a *conversaciones* que se pueden tener con otras personas significativas para el paciente.

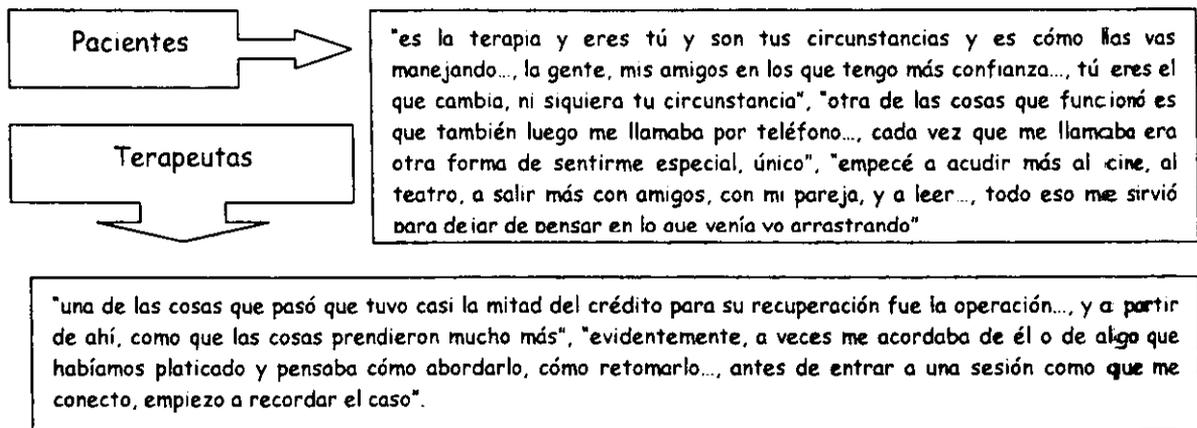
Se habló también sobre ciertos eventos que se han llamado *al margen* en el sentido de que son hasta cierto punto inesperados, o no dependen directamente del control del paciente para su ocurrencia y su consiguiente efecto terapéutico (una operación, la boda de un ser querido, la salida de un ser querido de la casa, etcétera).

Resulta sorprendente el consenso acerca de que el tiempo *extra sesión* que el terapeuta dedique al caso tiene consecuencias de utilidad terapéutica. Dicho tiempo no siempre tiene que ver con estudiar el caso o diseñar intervenciones antes de encontrar a la persona, también tiene que ver, en algunos casos, con un

espacio que el terapeuta se da antes de la sesión para familiarizarse con el caso y, en otros casos, con detalles como tomarse el tiempo de escribir una carta o llamar por teléfono al paciente.

Otras categorías de elementos terapéuticos *extra sesión* que se establecieron a partir del análisis, pero donde no se observó consenso alguno, fueron: *el reflexionar del paciente* (mencionada por un paciente y por un terapeuta de diferentes diadas), *establecer metas* (mencionada por un paciente), *el paso del tiempo* (mencionada por un terapeuta).

A continuación se presentan algunos fragmentos de entrevista como ejemplos acerca de los elementos extra sesión:



4.7 Los márgenes del éxito

Para la mayoría de los entrevistados fue difícil hablar en términos de algo que no haya funcionado o no haya sido útil en el tratamiento. No obstante, la mayoría también, en algún momento pudo expresar algún aspecto del tratamiento o del resultado del mismo que no le había gustado o con el cual no se sentía del todo satisfecho. Es por lo anterior que se piensa el éxito terapéutico como algo que tiene ciertos márgenes, ciertos límites, y que tratándose del terreno de lo humano no remite a un estado final de perfección.

Un aspecto de los márgenes del éxito terapéutico está dado por la idea que queda acerca de que "los problemas no se acaban". Mientras los pacientes en general la verbalizan en estos términos, los terapeutas hablan de ciertos

"pendientes" o ciertas "cosas por resolver" que quedan en la vida de sus pacientes y cuya resolución hasta cierto punto no depende de la terapia, sino "del paso del tiempo", del tiempo que implica todo "proceso" natural de vida.

En el caso de los pacientes, a pesar de que se finaliza el tratamiento con la idea general de que "los problemas no se acaban", resalta el hecho de que hablen de una serie de herramientas o recursos con los que finalmente cuentan para enfrentar los problemas, tales como: "la manera de enfrentar" los problemas o bien, en un momento dado, "volver a solicitar apoyo terapéutico". En este orden de ideas, se podría pensar que los pacientes aprenden a generar alternativas durante el proceso terapéutico, y que dicho aprendizaje lo conservan al salir de la terapia.

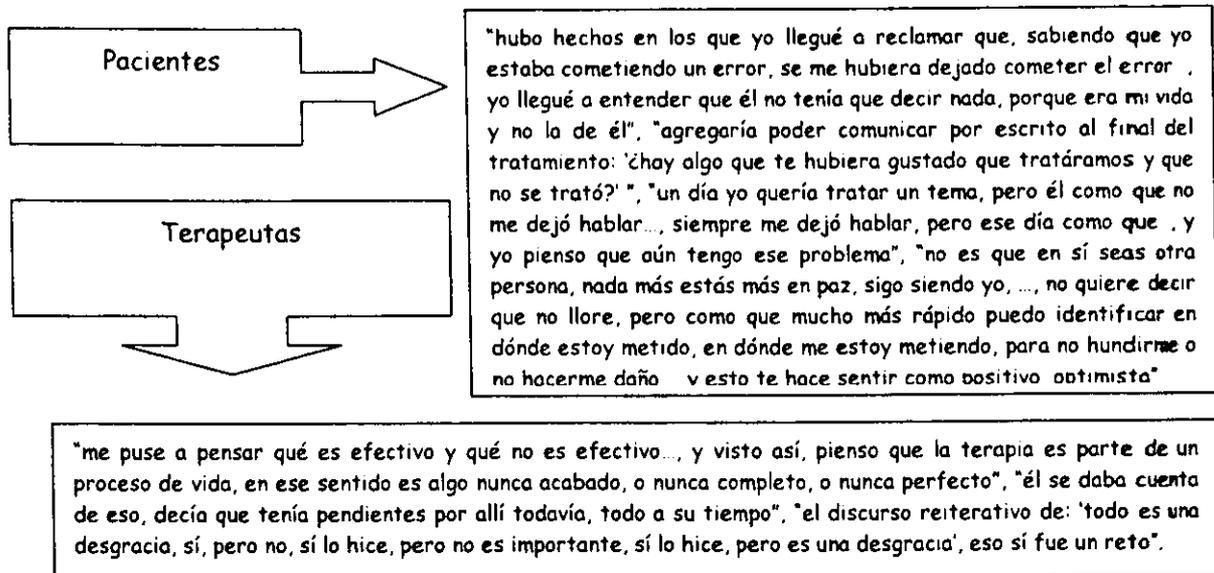
Algunos terapeutas cuestionaron el tema de investigación expresándose ellos mismos a favor de la idea de un éxito "relativo", retando con ello los términos absolutistas, de todo o nada, en que normalmente se reflexiona acerca del éxito.

Por otro lado está la manifestación de aquello que no gustó del tratamiento. Es interesante analizar cómo se habla de lo que no gustó, en general, los entrevistados mencionan lo que no les gustó pero suelen acompañarlo de una explicación o de una connotación al estilo de "finalmente estuvo bien".

En el caso de aspectos del tratamiento que no gustaron y que siguen sin gustar en el momento en que se lleva a cabo la entrevista, se encuentra una recurrencia, suele tratarse de aspectos que no se pudieron verbalizar dada la dinámica misma de las sesiones donde podríamos decir que el paciente y/o el terapeuta (hubo casos que se trabajaron con equipo terapéutico), se ven "arrastrados por la corriente" de consenso dominante en las sesiones, por ejemplo, que se pensaba que no había necesidad de más sesiones o que hablar de lo que era problema ya no era necesario.

Los terapeutas mencionan también "la falta de experiencia", "las distracciones intra sesión" y ciertas acciones de parte de su paciente como, por ejemplo, "no seguir la línea de conversación" propuesta por el terapeuta, como elementos que pudieron no ser tan gratos o que fueron un reto en un momento dado.

A continuación se presentan algunos testimonios que ejemplifican el discurso de los entrevistados en relación con el tema de los márgenes del éxito:



"hubo hechos en los que yo llegué a reclamar que, sabiendo que yo estaba cometiendo un error, se me hubiera dejado cometer el error , yo llegué a entender que él no tenía que decir nada, porque era mi vida y no la de él", "agregaría poder comunicar por escrito al final del tratamiento: '¿hay algo que te hubiera gustado que tratáramos y que no se trató?' ", "un día yo quería tratar un tema, pero él como que no me dejó hablar..., siempre me dejó hablar, pero ese día como que , y yo pienso que aún tengo ese problema", "no es que en sí seas otra persona, nada más estás más en paz, sigo siendo yo, ..., no quiere decir que no lllore, pero como que mucho más rápido puedo identificar en dónde estoy metido, en dónde me estoy metiendo, para no hundirme o no hacerme daño v esto te hace sentir como positivo optimista"

"me puse a pensar qué es efectivo y qué no es efectivo..., y visto así, pienso que la terapia es parte de un proceso de vida, en ese sentido es algo nunca acabado, o nunca completo, o nunca perfecto", "él se daba cuenta de eso, decía que tenía pendientes por allí todavía, todo a su tiempo", "el discurso reiterativo de: 'todo es una desgracia, sí, pero no, sí lo hice, pero no es importante, sí lo hice, pero es una desgracia', eso sí fue un reto".

5. Discusión

"Todos los análisis construccionistas se comprometen en una forma de 'realismo selectivo', privilegiando determinados 'objetos de análisis'. Todos requieren una forma de 'fiasco ontológico' [...] a fin de lograr su impacto retórico. [...] este tipo de análisis no pregunta por una aplicación de la polaridad verdadero-falso, más bien invita al lector a participar: a colaborar en adornar un sentido y una significación, a jugar con las posibilidades y las prácticas coherentes con esta inteligibilidad..." (Gergen, 1994a: 106).

A partir de los resultados y de las entrevistas mismas, son diversos los caminos que pueden adoptarse para la interpretación, se describe aquí una parte de diversas vetas de reflexión que podrían ser significativas y coherentes en un momento dado.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este trabajo, la relación terapéutica exitosa queda descrita como una forma de manifestación, que implica una forma de actuar y una forma de estar. Así, lo que de manera recurrente se denomina como "forma de estar" en el mundo y, por consiguiente, en la terapia (Andersen, 1994; Anderson, 1997) que acompaña a ciertas construcciones o preconcepciones sobre el mundo, constituye toda una forma de manifestación.

Normalmente es algo difícil expresar en qué consiste la forma de manifestarse en la relación terapéutica, más allá de mencionar que se trata de una actitud, o una postura que se suele adjetivar de múltiples maneras, por ejemplo, como respetuosa o sin enjuiciar. La dificultad que puede implicar una descripción relacional se ve ilustrada en las alusiones que se hacen al mundo de lo "indescriptible" durante las entrevistas. Al margen de lo anterior, este trabajo abunda en los significados que puede tener la relación terapéutica cuando se le concibe como una forma de manifestación o una forma de expresarse.

La confianza (en el otro y con el otro), el respeto, el interés, la escucha (el escuchar y el ser escuchado) y la idea de profesionalismo, adquieren una centralidad especial en este trabajo. Comúnmente suelen utilizarse como adjetivos que califican a lo que se considera la postura o la actitud como terapeuta; en otras ocasiones, se suele hacer una lista de elementos como

éstos de manera que podría quedar la impresión de que "asisten solos" al encuentro terapéutico (Hubble *et al.*, 1999a).

En este trabajo, se considera que la idea de confianza, la idea de respeto, la idea de interés, la idea de escucha y la idea de profesionalismo, son significados generados a partir de la interacción con el otro, de la "acción conjunta" entre uno y otro (Gergen, 1994a; Shotter, 1993) que permiten que la relación terapéutica que resulta exitosa se mantenga, en el sentido de que ninguno de los participantes renuncie a ella. Ahora bien, en tanto significados generados a partir de la relación, son construcciones que se derivan de una forma de expresión o manifestación dentro de la relación.

Lo anterior se vuelve evidente cuando se aprecia aquello que utilizaron los entrevistados para argumentar que existían el respeto, la confianza, el interés, la escucha y el profesionalismo dentro de la relación terapéutica: en su mayoría, los elementos que se utilizan para argumentar, son parte de la forma de manifestarse dentro de la relación.

Un aspecto que entra en juego cuando se describe la relación terapéutica exitosa es el hecho de que el terapeuta es un profesional, "no es determinante", pero se le da importancia. Esto puede ser interpretado de muchas maneras, una de ellas es que el paciente le da al terapeuta *a priori*, y a lo largo del tratamiento lo va confirmando, un lugar tal que lo que dice es escuchado y validado por el paciente como verdadero y viable. En otras palabras, el paciente parece darle al terapeuta un lugar de experto, lo cual entra en juego al argumentar sobre aquello que hace útil la relación terapéutica.

Como vemos en el apartado de resultados, esto no tiene que ver con lo que creen que hacen los terapeutas. De hecho, los terapeutas que se entrevistaron para esta investigación argumentarían a favor de no asumir una posición de experto, o bien, de no utilizar el poder que les da su lugar como terapeutas en un sentido nocivo para la relación terapéutica. Lo que aquí se podría constatar es que independientemente de que lo asuman o no los terapeutas, para el paciente es un elemento que entra en juego cuando se habla de aquello que se relaciona con el éxito terapéutico.

En cierta oposición semántica con lo anterior, la relación terapéutica suele caracterizarse como una relación afectiva. Vale la pena subrayar que se le describe "como si" fuera una relación de amistad, amorosa, o familiar. No obstante, parece siempre claro para el paciente que no se trata de un amigo, ni de un amor, ni de un familiar. El hecho de que sea "como si" puede indicarnos que de alguna manera es importante que sea otra persona diferente a un amigo, un familiar, o una relación amorosa.

La idea de profesionalismo o la del terapeuta como experto, es una línea más de investigación futura, puesto que el significado de dicho profesionalismo parecería estar relacionado con una forma de manifestarse dentro de la relación terapéutica. Desde este punto de vista, el lugar del "profesional", podría ser virtualmente ocupado por otra persona "no profesional" que se manifestaría de manera semejante a como se manifiesta el profesional en la relación terapéutica.

Otra de las construcciones que queda ilustrada en el capítulo de resultados (diagrama 2), se refiere a lo que tiene que ver con el Yo, la identidad, o bien, como se propone en este trabajo, al ser. El ser como producto deviene de una forma de estar y de una forma de actuar; sin embargo, cuando el ser queda descrito como una forma de manifestación de la persona, se puede interpretar, entonces, como parte y proceso de la relación, en este caso, la relación terapéutica exitosa. En otras palabras, parecería que los entrevistados conciben una "forma de ser" de la otra persona, a partir de sus manifestaciones: "está relajado, habla con cuidado: es tranquilo"; "habla muy bien, se desenvuelve bien en distintos contextos: es inteligente".

De esta manera, la idea de una forma de ser está también presente entre los participantes de la relación terapéutica. Como se ha señalado en la literatura, dicha forma de ser, en tanto identidad o Yo, está contextualizada, es construida y cambiante (Gergen, 1991; Shotter, 1993).

En cuanto a lo que se identificó como acciones específicamente terapéuticas, de acuerdo con el análisis que se hizo en este trabajo, varias de ellas pueden ser consideradas como una forma de manifestación dentro de la relación terapéutica (tratar de comprender/validar al paciente, el preguntar, el reflexionar, el disfrutar, ser sistemático, y lenguaje no verbal). En este

sentido, podríamos aludir a un "dar cuentas" de los entrevistados que tiene que ver con los significados de un campo semántico de "lo relacional".

Se tuvo la ocasión de apreciar que parte de la forma de manifestarse dentro del encuentro terapéutico es mutua, el trato igualitario; el trato cordial; el actuar con espontaneidad y naturalidad; el simpatizar con el otro; el estar relajado; el estar con libertad; el estar atento, pendiente, presente; el estar motivado; y el estar entregado, son formas de manifestación presentes y que parecieran importantes tanto para el paciente, como para el terapeuta. No se trata de una forma de manifestación que, como se ha visto en otros estudios (Hubble *et al.*, 1999a; Miller *et al.*, 1997; Sells *et al.*, 1996), sea únicamente percibida por los pacientes.

En este orden de ideas, por ejemplo, es tan importante que el terapeuta se sienta con libertad (para hablar y para ser como es), esté relajado, reciba un trato cordial, etcétera, como el hecho de que el paciente mismo lo sienta. Esta descripción de la relación terapéutica como una forma de manifestación que implica mutualidad, se ha resaltado bajo una perspectiva colaborativa para la terapia, en la cual se señala el hecho de que terapeutas y pacientes están inmersos en una labor mutua hacia la búsqueda y generación de nuevos significados, inmersos en una labor de aprendizaje mutuo (Anderson, 1997).

Un aspecto que sobresale en cuanto a la forma de manifestarse es el carácter deliberado que tiene, en el caso de los terapeutas. Como algunos de ellos lo mencionan: "me pongo a tono con el tono del paciente, con el ambiente de la sesión", "puede suceder que tú propongas una manera de relacionarte y a la persona no le sea cómodo, entonces, tienes que acomodarte, aprender a decirle, a lo mejor un tono más serio, son cosas que vas leyendo y te tienes que ir acomodando como terapeuta". La deliberación de la forma de manifestarse es interesante si se compara con el hecho de que en ningún momento parece percibirse falta de espontaneidad y naturalidad en el trato.

En el caso de los pacientes no se pasa por alto dicha manifestación deliberada y parece justificársele en función de la misma profesión del terapeuta, donde puede darse por sentada una forma de actuar, de estar y de ser, dado que se está con un profesional. Esta deliberación en cuanto a la forma de estar, ha sido señalada dentro de la literatura (Andersen, 1991; Anderson, 1997). Lo anterior podría reforzar la idea de que promover formatos de conversación

deliberados, no necesariamente decreta la satisfacción en una relación. Podría aventurarse que existe una narrativa dominante en relación con el hecho de que al actuar deliberadamente se boicotea la espontaneidad en las relaciones y, por tanto, las relaciones mismas. Es en este sentido que el resultado anterior resulta sorprendente.

Por otro lado, otra narración dominante que solemos escuchar en cuanto a la terapia, es que "no sirve para nada" o que "las cosas que encuentras ahí las puedes encontrar tú mismo", sean cuales fueren, expresiones que suelen desacreditar la labor terapéutica. A este respecto se pueden entender también los esfuerzos que existen para verificar que "la terapia funciona" (Hubble *et al.*, 1999a; Smith y Glass, 1977).

A la luz de esta investigación, parte de lo que implica la utilidad de un encuentro terapéutico, consiste en una forma de manifestación deliberada por parte del otro, en este caso, el terapeuta. Se le plantea como deliberada en el sentido de que se piensa que es una forma de manifestación que, como terapeuta, se procura de manera especial al relacionarse con un paciente. En este orden de ideas, y según el consenso entre las diadas, se percibe a un terapeuta que se manifiesta con un trato cuidadoso; un trato sin juicios, sin crítica, sin censura, que actúa sin tomar partido; que actúa elogiando y alentando; que está relajando; que está acompañando; o bien, que está motivando. Puesto en estos términos, parte del trabajo del terapeuta parece consistir en fomentar deliberadamente esta forma de manifestación, la cual, en términos sistémicos, podría invitar al paciente a una manera diferente de relacionarse, de manera que uno se explique que, en ocasiones, los pacientes se expresen en terapia "como no suelen hacerlo" en sus relaciones cotidianas.

Resulta interesante confirmar que algunos aspectos que en la literatura son mencionados como parte de las técnicas e intervenciones del Equipo Reflexivo, son mencionadas en esta investigación bajo una forma de manifestación (Jenkins, 1996).

Como parte de la forma de estar en el encuentro terapéutico, únicamente en un caso se hizo alusión a "estar aceptando al otro". Esto podría servirnos para explicar que estar acompañando, tratando de comprender/validando, etcétera, no necesariamente implica aceptar como propio y viable para uno mismo el punto de vista o la "forma de vida" del paciente. A pesar de lo anterior, como

se remarcó en los resultados, la sensación de ser validado en el paciente sí parecería incluir una idea de que el terapeuta le ha dado la razón de alguna manera.

Aparece únicamente en un caso la idea de "cansancio en ciertos momentos", por un lado, podríamos pensar que el aburrimiento o el fastidio no es parte de una relación terapéutica exitosa, por otro lado, se podría interpretar que aún en una relación terapéutica exitosa, existen momentos de fatiga o fastidio, como en cualquier relación humana.

En coincidencia con aspectos resaltados en la literatura (Miller *et al.*, 1997), los terapeutas de este estudio perciben a un paciente colaborador como elemento relacionado con la utilidad terapéutica.

Un aspecto que llama la atención es el hecho de que coexisten: un estar acompañado, que resulta útil según la percepción del paciente, un tener acceso a otras perspectivas, junto con un estar con libertad. Podríamos pensar, entonces, que es importante para el paciente un estar en relación con el terapeuta, sin perder un sentido de individualidad en el sentido de la libertad sentida para manifestarse, y tomar decisiones con respecto a su vida; en otras palabras, parecería coexistir una necesidad de estar en relación junto con una necesidad de "agencia" cuando se es parte de una relación terapéutica exitosa. Los siguientes testimonios proporcionados por pacientes, ilustran lo anterior:

"Yendo a los deportes, es como si yo fuera el boxeador y él fuera mi manager, él me entrenaba y yo era el que enfrentaba al oponente..., que el oponente en este caso era yo."

"Es como si él, yendo contigo manejando tu timón, te diera certidumbre de que vas a alcanzar puerto, aún en los mares más picados, su presencia aún en los mares más picados..., y te hiciera sentir que estaba contigo, que si fallabas seguía estando contigo, pero era tu bronca, para mí eso es..., lo fundamental es sentir que tú vas en la propia conducción de tu vida."

Como parte de lo que se hace en la relación terapéutica existe el utilizar los talentos y recursos del paciente. Así mismo, vimos que pacientes y terapeutas aludieron a la autovaloración, la motivación y la capacidad para resolver problemas, como áreas de logro al final del tratamiento. Lo anterior podría relacionarse con la noción de "agencia personal" (Anderson, 1997; White y Epston, 1990); esa "competencia para la acción", ese ser "el protagonista de la propia historia", en esta investigación, adquieren un significado tal que

pareciera que el paciente al generar alternativas para situaciones conflictivas de su vida, se valora como competente, valioso y seguro de sí mismo, y se reconoce como una persona motivada, con iniciativa.

La cuestión de ser "competente para actuar" importa en el caso de lo que logra el paciente, o como una de las cosas que gana en el tratamiento, sin pretenderlo inicialmente, ya que el paciente suele encontrar en la relación terapéutica más cosas de las que esperaba. En esta investigación, también parece ser relevante que el terapeuta cuente con este sentido de "competencia para la acción". El significado que adquiere este sentido de "agencia personal" en el terapeuta es el de "seguridad" y constituye parte de la forma de manifestarse en la relación terapéutica.

Como se vio en los resultados, parte del significado de la seguridad sentida por y en el terapeuta tiene que ver con la idea de autovaloración del terapeuta. Así mismo, está presente el "creer en lo que se hace" como significado de la seguridad sentida en y por el profesional.

El beneficio que puede tener creer en lo que se hace y en la forma en que se hace, en psicoterapia, ha sido señalado en la literatura (Miller *et al.*, 1997). Ahora bien, si la mayor parte de lo que se hace en psicoterapia tiene que ver con lo que se dice, ¿cómo es que se habla, que el terapeuta llega a sentirse seguro o que su paciente lo percibe así?, ¿qué formas de hablar favorecen la idea de que el terapeuta crea en lo que hace, de manera que el paciente logre confiar en la utilidad de un tratamiento?

Las preguntas anteriores nos acercan al campo de estudio de los procesos argumentativos mediante los cuales la gente se persuade mutuamente y que dan lugar, también, a la generación de significados como, por ejemplo, la seguridad sentida en el terapeuta. El hecho de que existan alusiones a lo indescriptible para dar significado a ésta y otras tantas categorías en este estudio, podría constituir una invitación a la investigación de las formas de hablar, que implica ir más allá de un análisis de la generación de significados en términos del contenido de las narrativas, acercándose al mundo de la argumentación, de los usos del habla. Dicho estudio implicaría el análisis de conversaciones según las entonaciones, los silencios, los contenidos y las intenciones que entran en juego en un intercambio dialógico y, en el campo de la

terapia, es un tipo de estudio que ha recibido poca atención (Billig, 1987; Potter, 1996).

Fueron percibidas como acciones terapéuticas el utilizar los talentos y recursos del paciente, el trabajo con presente y/o futuro, y el ser sistemático. Estos resultados coinciden con la utilidad que se ha encontrado al trabajar con modelos orientados a recursos (Hubble *et al.*, 1999a; Miller *et al.*, 1997) y, en función de que el trabajo con presente y/o futuro y el ser sistemático se relacionan con establecer y dar seguimiento a las metas, los resultados podrían también coincidir. No obstante, en esta investigación no se encuentra ningún indicador para interpretar estos elementos como prioritarios. Antes bien, pareciera tener mayor importancia la forma de manifestación dentro de la relación terapéutica.

El preguntar y el reflexionar son formas de manifestación percibidas como acciones terapéuticas. Resalta el carácter de dependencia semántica que puede haber entre estos dos elementos, se les percibe como proceso que da lugar a la idea de que el terapeuta está interesado y de que se está siendo escuchado.

El reflexionar pareciera tener significado como producto y como proceso. Como producto equivale a una perspectiva más, y como proceso remite a una acción que parece trascender los límites espacio temporales, tanto del paciente como del terapeuta.

En la actualidad, existe literatura que resalta el tipo de preguntas que facilitan una sesión terapéutica sistémica (Penn, 1982; Selvini *et al.*, 1980); el tipo de preguntas que pueden ser consideradas en sí mismas "intervenciones" terapéuticas (Tomm, 1987a, 1987b, 1988); el tipo de preguntas que facilitan un trabajo a futuro (Penn, 1985); el tipo de preguntas que se pueden utilizar como modelo para entrenar terapeutas (Brown, 1997); así como el tipo de preguntas que facilitan la construcción de narrativas alternativas (Sluzki, 1992; White, 1989; White y Epston, 1990). Otros autores suelen resaltar la importancia de las preguntas en términos de los efectos que puede tener cierto tipo de preguntas (Andersen, 1991; Anderson, 1997).

Dada la importancia que este tema tiene dentro de la literatura y habiendo observado el consenso de las diadas sobre el preguntar como acción terapéutica, valdría la pena estudiar el tema de manera que se pudiera ir más

allá de una tipología de preguntas, hacia el estudio de las preguntas en cuanto acto de habla, como parte del proceso conversacional que caracteriza a la relación terapéutica (Billig, 1987; Potter, 1996).

Fue mencionado también como acción terapéutica el tener acceso a otras perspectivas como paciente y el ofrecerlas como terapeuta. Esto coincide con descripciones que se hacen del encuentro terapéutico como un espacio donde tiene lugar la generación de significado (Andersen, 1991; Anderson, 1997).

Un elemento que fue resaltado también como acción terapéutica es el del lenguaje no verbal. Las diadas reconocen que una manifestación no verbal por parte del terapeuta puede ser en sí terapéutica. Dentro de la literatura sobre terapia, se ha dado importancia al lenguaje no verbal, normalmente se le incluye como elemento que ayuda a entender las manifestaciones del paciente (Watzlawick *et al.*, 1967). Poca es la literatura que abunda sobre el lenguaje no verbal como "herramienta" terapéutica, como forma de "intervención", o como forma de manifestación deliberada dentro del encuentro terapéutico. En este sentido, se presenta una veta de investigación para ocasiones futuras. Léase el siguiente testimonio de uno de los terapeutas entrevistados, para ilustrar la importancia que puede tener el lenguaje no verbal:

"Él, por ejemplo, dice: 'porque las cosas tienen que ser tal y tal', y yo hago un movimiento así como diciendo: 'pues no sé' o 'no estoy muy de acuerdo'; un mensaje así, ambiguo, él lo capta porque está atento también a mí y dice: 'bueno', después de que dice lo que dice, yo hago una expresión así como de: 'uhm, puede ser', entonces él modifica un poco, dice: 'bueno, sí, no es para tanto'"

En la descripción anterior, el terapeuta no pronuncia palabra y, sin embargo, sigue adelante la "conversación" y es notado cierto cambio en el discurso del paciente. Es en este sentido se alude a una veta interesante de investigación sobre el uso del lenguaje no verbal en el encuentro terapéutico, más allá del referente discursivo.

Se mencionó también "el disfrutar" como acción terapéutica. Es poco el espacio que se dedica, dentro de la literatura, a este elemento y su presencia puede ser un indicador de la importancia que tiene la tradición de "cuidar de sí mismo", de un "cultivo a sí mismo", como una forma de alcanzar libertad y bienestar personales (Limón, 1999).

En relación con esto, Csikszentmihalyi (1990) tiene una propuesta que señala la importancia del disfrutar, llevándolo al punto de paradigma de vida, incluyendo al encuentro terapéutico. Este autor propone una "teoría de la experiencia óptima" con una buena parte de su fundamento en el concepto del "fluir" ("flow"): el estado en el que la gente está tan involucrada en la actividad que está llevando a cabo, que nada más importa. El fluir tiene que ver con aquello que "satisface a la gente", con un "sentirse bien con sus vidas", con situaciones en las que el monto de atención que ponemos en algo es "invertido libremente para lograr las metas de una persona". Tiene que ver con felicidad, con vivir placer en el más amplio sentido de la palabra, tiene que ver con gozar, disfrutar ("enjoyment"), encontrando en la situación de vida, un sentido de novedad y de logro.

¿Cómo se puede hacer más disfrutable la vida? Parte de la propuesta de Csikszentmihalyi (1990) ofrece como respuesta que el "actuar libremente" por el bien de la acción misma, más que por motivos subsecuentes a ella, puede facilitar el disfrutar, el fluir. En esta investigación, como en el caso del reflexionar, el disfrutar como elemento terapéutico, trasciende los límites espacio temporales del encuentro terapéutico.

De acuerdo con los resultados de este estudio, parte de lo que también entra en juego dentro una relación terapéutica exitosa tiene que ver con un "creer". La importancia de este elemento ha sido señalada en la literatura recientemente, en función de que el terapeuta "crea" en su orientación y en los procedimientos que se derivan de ella. Se ha resaltado también que una actitud tal por parte del terapeuta puede incrementar la esperanza y confianza del cliente en el tratamiento, y que el terapeuta debe creer en la posibilidad de cambio de su cliente (Miller *et al.*, 1997).

A pesar de lo anterior, se piensa que la importancia del creer, de la "fe" que se logra fomentar dentro del encuentro terapéutico ha recibido poca atención en la literatura. Como en el caso del estudio del lenguaje no verbal como herramienta terapéutica, al considerar aquellos procesos conversacionales que fomentan el creer y la fe en un tratamiento terapéutico se abre, entonces, otra veta interesante para la investigación futura.

En cuanto a los elementos extra-sesión que los entrevistados identificaron como terapéuticos, están los recursos personales del paciente, incluyendo los

de su red social, el disfrutar, ciertos eventos que se consideraron al margen de la vida del paciente, y el tiempo del terapeuta. A pesar de que en la literatura se alude a este tipo de elementos como "extra-terapéuticos" (Miller *et al.*, 1997), en este documento se consideraron como elementos extra-sesión, porque se piensa que son terapéuticos, aunque no se presenten dentro del contexto terapéutico.

Existen ciertos márgenes al hablar del éxito terapéutico, dichos límites están dados por la idea en los pacientes de que "los problemas no se acaban" y la idea en los terapeutas de que "hay problemas que requieren tiempo" para solucionarse.

En el hecho de encontrar elementos comunes entre diferentes relaciones terapéuticas que se conciben como exitosas dentro de un contexto de terapia, los resultados de esta investigación podrían confirmar, para el caso de población mexicana, las conclusiones a las que se ha llegado en otros estudios (Hubble *et al.*, 1999a; Miller *et al.*, 1997).

En cuanto a la forma en la que se da contenido a esos factores comunes, esta investigación presenta ciertas distinciones. Las estrategias de investigación que se utilizaron en esta ocasión, permiten hablar de factores comunes en un sentido diferente. Se piensa que aquello que tienen en común diferentes relaciones terapéuticas exitosas, en un contexto de terapia, tiene que ver con una forma de relacionarse que implica una forma de manifestación constante por parte de los actores de la relación y que podría caracterizar a otras relaciones terapéuticas exitosas, fuera de un contexto terapéutico, cuando el otro participante de la relación no es, necesariamente, un terapeuta, así como a relaciones exitosas en general.

Como se pudo apreciar al final del capítulo de resultados, los entrevistados sugirieron una serie de tópicos para futuras investigaciones. Más allá de estas sugerencias, y a pesar de que es poco probable que suceda (Ibáñez, 1990b), debido a que pocos estudios que se replican en ciencias sociales, valdría la pena replicar esta investigación, ya que es posible que al incluir un mayor número de diadas, ciertos consensos que en esta investigación fueron resaltados se modificarán.

También valdría la pena investigar aquello que entra en juego en otro tipo de relaciones terapéuticas exitosas, fuera del contexto de terapia; en otras palabras, investigar aquello que ocurre dentro de las relaciones terapéuticas cotidianas, entre amigos, entre familiares, entre maestro y alumno, etcétera.

De manera obligada, esta investigación tendría su mejor complemento si se llevara a cabo en el caso de relaciones terapéuticas consideradas como no exitosas. Lo anterior es importante porque podrían suceder dos cosas:

1. Que los elementos que aquí se describen para la relación terapéutica exitosa, se describan como ausentes o deficientes en la relación terapéutica no exitosa.
2. Que los elementos que se describan como responsables de una relación terapéutica no exitosa sean de naturaleza semántica diferente a lo que aquí se ha descrito.

Por otro lado, sería importante llevar a cabo este tipo de investigación haciendo una entrevista a la mitad del tratamiento y otra hacia el final, para contrastar contenidos relacionados con los elementos que llevan a calificar un tratamiento como exitoso.

5.1 Reflexiones sobre el instrumento

En este último apartado se presenta un panorama general de las reflexiones de los entrevistados acerca de la entrevista de investigación. Aunque en general, las entrevistas fueron sentidas "largas", también se le calificó como no "pesadas", "ligeras", o como una "experiencia gratificante".

En general, todos los entrevistados hicieron comentarios acerca del "tipo de preguntas" que se les hizo, la mayoría de los participantes habló de sentir cierto "asombro" en relación con sus propias respuestas, quizás en el sentido de que las respuestas que se pedían tenían que ser elaboradas en el momento mismo de ser entrevistado.

En algunos casos existía la expectativa de que sería una entrevista tipo cuestionario con preguntas elaboradas a priori y que delimitarían la respuesta a un abanico de opción múltiple o algo por el estilo, al contrastar la expectativa

con lo que se había vivido como entrevista se manifestaron preferencias hacia la forma de entrevista abierta.

Para algunos terapeutas, el ejercicio de reflexión no resultó novedoso, podríamos pensar en estos casos, que se llevó a cabo con ellos una "conversación familiar en una forma que resultó familiar" para el entrevistado, aunque no por ello desagradable.

Finalmente, del discurso de los entrevistados acerca del tema "reflexión sobre la entrevista", surgieron las siguientes propuestas como tema de investigaciones futuras, se indica entre paréntesis quién lo propone:

- Los tiempos en psicoterapia (paciente).
- Cuando los entrevistados entrevistan al entrevistador (paciente y terapeuta).
- Entrevista sobre la lectura cruzada: el paciente lee la entrevista que se hizo al terapeuta y viceversa (terapeuta).
- Entrevista sobre lectura de la propia entrevista (terapeuta).
- Investigar los usos de lenguaje *in situ* (terapeuta).
- La forma de hablar como una forma de ser (terapeuta).
- Historia de vida de la persona del terapeuta (terapeuta).

6. Conclusiones

"De manera clara, gran parte de la investigación en psicoterapia estará dirigida a la identificación de éstas y otras 'herramientas' similares usadas en las relaciones interpersonales para aliviar el malestar psicológico -*muchas de las cuales han sido 'comúnmente' usadas durante miles de años.*" (Ogles et al., 1999:218, sin cursivas en el original).

Todas las conclusiones que a continuación se enuncian están basadas en las interpretaciones que se hicieron a partir del discurso natural de los entrevistados y no pretenden ser afirmaciones universales, aunque se haga necesario en un momento recurrir a una retórica de los hechos para poder expresarse.

1. La relación terapéutica exitosa está caracterizada por una forma específica de manifestarse por parte de los actores de la relación terapéutica.
2. La forma de manifestación dentro de la relación terapéutica exitosa, consiste en una forma de actuar y una forma de estar que permiten generar diversos significados, entre ellos, la forma de ser del terapeuta y del paciente.
3. Una parte de la forma de actuar entre los participantes de la relación terapéutica es mutua, y otra es una forma de actuar por parte del terapeuta.
4. La forma de actuar que es percibida como mutua implica un trato igualitario, un trato cordial, actuar con espontaneidad y naturalidad, y simpatizar con el otro.
5. La forma de actuar percibida por parte del terapeuta implica: un trato cálido; un trato cuidadoso; un trato sin juicios, sin crítica, sin censura, actuar sin tomar partido; un trato especial; un trato serio; hablar con precisión; un trato comprometido y responsable; actuar con humildad y sencillez; actuar con tolerancia; actuar con seguridad; actuar elogiando y alentando.
6. Como parte de la forma de manifestación, los terapeutas perciben a un paciente que colabora.
7. La forma de estar es en parte mutua, y en parte implica una forma de actuar por parte del terapeuta. La forma de estar mutua incluye el estar relajado; estar con libertad; estar atento, pendiente, presente; estar

motivado; y estar entregado. La forma de estar, que a su vez implica una forma de actuar por parte del terapeuta, incluye: estar relajando, acompañando, motivando, aceptando al otro.

8. Las ideas de: confianza (en el otro y con el otro), respeto, interés, escucha y profesionalismo, son construcciones, significados derivados de una forma de manifestarse dentro de la relación terapéutica, que permiten que la relación se mantenga en el sentido de que ninguno de los participantes renuncie a ella.
9. Las acciones percibidas como específicamente terapéuticas, constituyen en parte una forma de manifestación dentro de la relación terapéutica.
10. Se perciben como acciones específicamente terapéuticas: tener acceso a/ofrecer otras perspectivas; utilizar los talentos y recursos del paciente; tratar de comprender/validar al paciente; el preguntar; el reflexionar; el disfrutar; el trabajo con presente y/o futuro; el ser sistemático; y el lenguaje no verbal.
11. Existen elementos extra-sesión que son considerados como terapéuticos: los recursos del paciente, incluyendo su red social; el disfrutar; eventos al margen de la vida del paciente; y el tiempo del terapeuta.
12. No existe la idea de un éxito perfecto, el éxito terapéutico presenta ciertos márgenes.
13. La agencia personal por parte del terapeuta, la seguridad que él siente en sí mismo al llevar a cabo su labor, parece ser uno elemento que entra en juego al calificar un proceso terapéutico como exitoso.
14. El creer es parte de lo que fomenta el éxito en una relación terapéutica.
15. Con esta investigación, queda propuesta una forma de abordar el estudio interpretativo cuando los casos de investigación consisten en diadas y triadas.

Finalmente, se sugiere estudiar el caso de diadas no exitosas y, por otro lado, se piensa que el estudio podría replicarse estudiando relaciones terapéuticas cotidianas, así como relaciones exitosas en general.

Referencias

- Alonso, L.E. (1995): Sujeto y Discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J.M. Delgado y J. Gutiérrez (comps.) Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales (pp. 225-240). Madrid: Editorial Síntesis.
- Andersen, T. (1991): El Equipo Reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa. 1994.
- Andersen, T. (1992): Reflections on Reflecting with Families. En S. McNamee y K. Gergen (ed.), Therapy as Social Construction (pp. 54-68). Gran Bretaña: Sage Publications.
- Andersen, T. (1994): El lenguaje no es inocente. Psicoterapia y Familia, 8 (1), 3-7, 1995.
- Andersen, T. (1995): Reflecting processes: acts of informing and forming: you can borrow my eyes, but you must not take them away from me! En S. Friedman (Ed.), The reflecting team in action: Collaborative practice in family therapy. Nueva York: Guilford Press.
- Anderson, H. (1997): Conversations, Language and Possibilities. A Postmodern Approach to Therapy. Nueva York: Basic Books.
- Anderson, H. (1999): Reimagining Family Therapy: Reflections on Minuchin's Invisible Family. Journal of Marital and Family Therapy, 25 (1), 1-8.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988): Los Sistemas Humanos como Sistemas Lingüísticos: Implicaciones para la Teoría Clínica y la Terapia Familiar. Revista de Psicoterapia, II (6-7), 41-71.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992): The Client is the Expert: A Not-knowing Approach to Therapy. En S. McNamee y K. Gergen (ed.), Therapy as Social Construction (pp. 25-39). Gran Bretaña: Sage Publications.
- Asay, T. y Lambert, M. (1999): The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. En M.A. Hubble et al., The Heart and Soul of

Change. What Works in Therapy (pp. 33-55). Washington, D.C: American Psychological Association.

Bachelor, A. y Horvath, A. (1999): The Therapeutic Relationship. En M.A. Hubble et al., The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy (pp. 133-178). Washington, D.C: American Psychological Association.

Berger, P. y Luckmann, T. (1966): La Construcción Social de la Realidad. Buenos Aires: Amorrortu. 1994.

Billig, M. (1987): Arguing and Thinking. A Rethorical Approach to Social Psychology. Cambridge: Cambridge University Press.

Brown, J. (1997): The Question Cube: A Model for Developing Question Repertoire in Training Couple and Family Therpists. Journal of Marital and Family Therapy, 23 (1), 27-40.

Bustos, O., Delgado, G., Novoa, R. (1998): Ni tan fuertes ni tan frágiles. México: UNICEF, Secretaría de Gobernación, Programa Nacional de la Mujer.

Casey, R. y Berman, J. (1985): The Outcome of Psychotherapy with Children. Psychological Bulletin, 98 (2), 388-400.

Castañeda, M. (1999): La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera. México: Paidós.

Creswell, J. W. (1998): Qualitative Inquiry and Research Designs. Choosing among Five Traditions. Thousand Oaks: Sage.

Csikszentmihalyi, M. (1990): Flow. The Psychology of Optimal Experience. Steps Toward Enhancing the Quality of Life. Nueva York: Harper Perennial. 1991.

De Shazer, S. (1988): ¿En qué radica la eficacia de la terapia breve? En J. Zeig y S. Gilligan (ed.), Terapia Breve. Mitos, Métodos y Metáforas (pp. 122-132). Buenos Aires: Amorrortu. 1994.

Diccionario Inglés Español. Simon and Schuster's International (1973): Spanish Dictionary. Nueva York: Macmillan. 1997.

Dictionary Oxford Advanced Learner's (1948). Inglaterra: Oxford University Press. 1995.

Eisenberg, N. y Strayer, J. (1987): La Empatía y su Desarrollo. España: Biblioteca de Psicología. 1992.

Fisch, R., Weakland, J., Segal, L. (1982): La Táctica del Cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder. 1994.

Fried, S. y Fuks, S. (1992): Conversaciones Terapéuticas: Entrevista a Harold Goolishian. Psicoterapia y Familia, 5 (1), 38-46.

Gergen, K. (1985): The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. American Psychologist, 40 (3), 266-275.

Gergen, K. (1988): Hacia una Psicología Posmoderna. Investigación Psicológica, 1 (1), 97-109, 1991.

Gergen, K. (1989): La Psicología Posmoderna y la Retórica de la Realidad. En T. Ibáñez (ed.), El Conocimiento de la Realidad Social (pp. 157-185). Barcelona: Sendai. 1989.

Gergen, K. (1991): El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona: Paidós. 1992.

Gergen, K. (1994a): Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la Construcción Social. Barcelona: Paidós. 1996.

Gergen, K. (1994b): Exploring the Postmodern. Perils or Potentials? American Psychologist, 49 (5), 412-416.

Gergen, K. (1998): La terapia en la condición postmoderna. Curso impartido en el Instituto Mexicano de Terapias Breves los días 22 y 23 de octubre de 1998, en la Cd. de México.

Gergen, K. y Kaye, J. (1992): Beyond Narrative in the Negotiation of Therapeutic Meaning. En S. McNamee y K. Gergen (ed.), Therapy as Social Construction (pp. 166-185). Gran Bretaña: Sage Publications.

Gergen, K. y Morawsky, J. (1980): An Alternative Metatheory for Social Psychology. En L. Wheeler (ed.), Review of Personality and Social Psychology (pp. 326-352).

Harré, R. (1989): La construcción social de la mente: la relación íntima entre el lenguaje y la interacción social. En T. Ibáñez (ed.), El conocimiento de la realidad social (pp. 39-51). Barcelona: Sendai.

Hoffman, L. (1981): Fundamentos de la Terapia Familiar. Un Marco Conceptual para el Cambio de Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica. 1992.

Hoffman, L. (1989): Una posición Constructivista para la Terapia Familiar. Psicoterapia y Familia, 2 (2), 41-53.

Hoffman, L. (1990): Construting Realities: An Art of Lenses. Family Process, 29 (1), 1-12, Marzo.

Hoffman, L. (1992): A Reflexive Stance for Family Therapy. En S. McNamee y K. Gergen (ed.), Therapy as Social Construction (pp. 7-24). Gran Bretaña: Sage Publications.

Hoffman, L. (1998): Setting Aside the Model in Family Therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 24 (2), 145-156.

Howard, K., Kopta, S., Krause, M., Orlinsky, D. (1986): The Dose effect relationship in Psychotherapy. American Psychologist, Special Issue: Psychotherapy Research, 41 (2), 159-164.

Hubble, M.A., Duncan, B.L. y Miller, S.D. (1999a): The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy. Washington, D.C: American Psychological Assotiation.

Hubble, M.A., Duncan, B.L. y Miller, S.D. (1999b): Directing Attention to What Works. En M.A. Hubble et al., The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy (pp. 407-447). Washington, D.C: American Psychological Assotiation.

Ibáñez, T. (1990a): Acercamiento a la Psicología Social Contemporánea. Las Corrientes Alternativas. En T. Ibáñez (ed.), Aproximaciones a la Psicología Social (pp. 259-279). Barcelona: Sendai.

Ibáñez, T. (1990b): La cuestión Metodológica. En T. Ibáñez, Psicología Social Construcccionista (pp. 259-279). México: Universidad de Guadalajara. 1994.

Ibáñez, T. (1994): Construcccionismo y Psicología. En T. Ibáñez, Psicología Social Construcccionista (pp. 259-279). México: Universidad de Guadalajara. 1994.

Jenkins, D. (1996): A Reflecting Team Approach to Family Therapy: A Delphy Study. Journal of Marital and Family Therapy, 22 (2), 219-238.

Kazdin, A. (1985): The Role of Meta Analysis in the Evaluation of Psychotherapy. Clinical Psychology Review, Special Issue: Meta Analysis and Clinical Psychology, 5 (1), 49-61-

Kuhn, T.S. (1962): La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de cultura económica. 1992.

Kvale, Steinar (1996): Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing. Thousand Oaks: Sage.

Lax, W. (1992): Postmodern Thinking in a Clinical Practice. En S. McNamee y K. Gergen (ed.), Therapy as Social Construction. (pp. 69-85). Gran Bretaña: Sage Publications.

Limón, G. (1999): El Giro Interpretativo en Psicoterapia. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. 1999.

Maione, P.V. y Chenail, R.J. (1999): Qualitative Inquiry in Psychotherapy: Research on the Common Factors. En M.A. Hubble et al., The Heart and Soul

of Change. What Works in Therapy (pp. 57-88). Washington, D.C: American Psychological Association.

Mastache, C. (1996): Antecedentes, Evolución y Tendencias Contemporáneas en la Terapia Familiar Sistémica. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Mastache, C. y Limón, G. (1997): La Transición Construccionalista en la Terapia Familiar. Psicología y Ciencia Social, UNAM, Campus Izatacala, 1 (2), pp. 44-54.

McNamee, S. y Gergen, K. (1992): La Terapia como Construcción Social. Barcelona: Paidós. 1996.

Miller, S. D., Duncan, B. L. y Hubble, M. A. (1997): Escape from Babel. Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice. Nueva York: Norton.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1981): Técnicas de Terapia Familiar. México: Paidós. 1992.

Morley, D. (1992): Televisión, audiencias y estudios culturales. Buenos Aires: Amorrortu. 1996.

Ogles, B., Anderson, T., Lunnen, K. (1999): The Contribution of Models and Techniques to Therapeutic Efficacy: Contradictions Between Professional Trends and Clinical Research. En M.A. Hubble et al., The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy (pp. 201-225). Washington, D.C: American Psychological Association.

O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, W.M. (1989): En Busca de Soluciones. Un Nuevo Enfoque en Psicoterapia. Barcelona: Paidós. 1993.

Penn, P. (1982): Circular Questioning. Family Process, 21 (3), 267-280.

Penn, P. (1985): Feed-Forward: Future Questions, Future Maps. Family Process, 24 (3), 247-258.

Pinsof, W. y Wynne, L. (1995): The Effectiveness and Efficacy of Marital and Family Therapy: Introduction to the Special Issue. Journal of Marital and Family Therapy, 21 (4), 341-343.

Potter, J. (1996): La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social. Barcelona: Paidós. 1998.

Prochaska, J. (1999): How Do People Change, and How Can We Change to Help Many More People? En M.A. Hubble et al., The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy (pp. 227-255). Washington, D.C: American Psychological Association.

Ruiz Olabuenaga, J.I. e Ispizúa, M.A. (1989): La Descodificación de la Vida Cotidiana. Métodos de Investigación Cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.

Schön, D.A. (1983): The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. Estados Unidos de Norte América: Basic Books.

Sells, S.P., Smith, T.E., Moon, S. (1996): An ethnographic study of client and therapist perceptions of therapy effectiveness in a university-based training clinic. Journal of Marital and Family Therapy, 22 (3), 321-342.

Selvini, M, Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1978): Paradoja y Contraparadoja. Un Nuevo Modelo en la Terapia de la Familia de Transacción Esquizofrénica. México: Paidós. 1991.

Selvini, M, Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980): Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. Family Process, 19 (1), 3-12.

Shadish, W.R., Ragsdale, K., Glaser, R., Montgomery, L. (1995): The Efficacy and Effectiveness of Marital and Family Therapy: a Perspective from Meta-analysis. Journal of Marital and Family Therapy, 21 (4), 345-360.

Shotter, J. (1989): El papel de lo imaginario en la construcción de la vida social. En T. Ibáñez (ed.), El conocimiento de la realidad social (pp. 135-155). Barcelona: Sendai.

Shotter, J. (1990): La construcción social del recuerdo y el olvido. En D. Middleton y D. Edwards (ed.), Memoria compartida (pp. 137-155). Barcelona: Paidós.

Shotter, J. (1993): El lenguaje y la construcción del sí mismo. En M. Pakman (comp.), Construcciones de la Experiencia Humana, Vol. I (pp. 213-225). Barcelona: Gedisa. 1996.

Sluzki, C. (1992): Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy. Family Process, 31, 217-230.

Smith, M. (1982): What Research says about the Effectiveness of Psychotherapy. Hospital and Community Psychiatry, 33 (6), 457-461.

Smith, M. y Glass, G. (1977): Meta Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. American Psychologist, 32 (9), 752-760.

Snyder, C., Michael, S., Cheavens, J. (1999): Hope as a Psychotherapeutic Foundation of Common Factors, Placebos and Expectancies. En M.A. Hubble et al., The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy (pp. 179-200). Washington, D.C: American Psychological Association.

Boletín de la Sociedad Mexicana de Psicología (1997): Principios éticos de los psicólogos y código de conducta, México: SMP, n° especial, abril, 1997.

Strauss, A. y Corbin, J. (1990): Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park: Sage Publications.

Tallman, K. y Bohart, A. (1999): The Client as a Common Factor: Clients as Self Healers. En M.A. Hubble et al., The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy (pp. 91-131). Washington, D.C: American Psychological Association.

Tomm, K. (1987a): Interventive Interviewing: Part I. Strategizing as a Fourth Guideline for the Therapist. Family Process, 26, 3-13.

Tomm, K. (1987b): Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing. Family Process, 26, 167-183.

Tomm, K. (1988): Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Strategic, or Reflexive Questions?. Family Process, 27, 1-15.

Vignaux, G. (1976): L'Argumentation. Essai d'une Logique Discursive. Langue et Cultures 7. Génova: Librairie Droz. Síntesis y Traducción por Emily Ito, 1989.

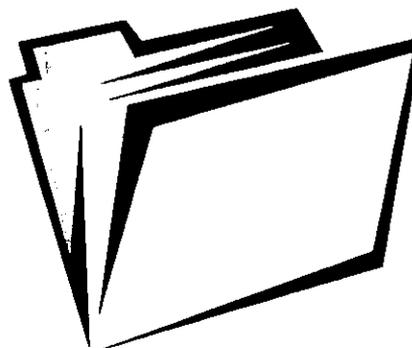
Watzlawick, P., Bavelas, B., Jackson, D. (1967): Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder. 1993.

White, M. (1989): Guías para una Terapia Familiar Sistémica. Barcelona: Gedisa. 1994.

White, M. y Epston, D. (1990): Medios Narrativos para Fines Terapéuticos. Barcelona: Paidós. 1993.

Wittezaele, J.J. y García, T. (1992): La Escuela de Palo Alto. Historia y Evolución de las Ideas Esenciales. Barcelona: Herder. 1994.

www.apa.org/practice/peff.html



ANEXO

Anexo 1
Carta de consentimiento

México, D.F. a de de 1999.

Por medio de la presente se manifiesta que (*nombre del entrevistado*) está dispuesto a participar en la investigación "La co-construcción del proceso terapéutico: la perspectiva del paciente y la perspectiva del terapeuta" que lleva a cabo la Lic. Claudia Mastache con el fin de obtener el grado de maestría, en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Parte de la investigación consistirá en realizar entrevistas, las cuales serán audiograbadas para facilitar su análisis.

Toda información será confidencial y la participación es estrictamente voluntaria. Como parte del proceso de investigación se entregará a (*nombre del entrevistado*) una transcripción de su entrevista.

Claudia Mastache

nombre del entrevistado

Testigo

Testigo

Anexo 2

Guías de entrevista

A continuación se presenta un resumen de los temas generales y particulares de investigación según la primera y la última guías de entrevista. Se indica entre paréntesis si el tema fue preguntado a ambos participantes de la relación terapéutica, o únicamente a pacientes o a terapeutas.

Tema Filosofía de la terapia

Guía inicial de entrevista	Guía final de entrevista
1. Fases o etapas sentidas durante el proceso terapéutico (ambos).	1. Descripción libre de lo que lleva al paciente a terapia (ambos).
2. Descripción del paciente antes del proceso o durante las primeras sesiones(ambos).	2. Fases o etapas sentidas y/o momentos significativos del tratamiento (ambos).
3. Concepto de problema (ambos).	3. Concepto de terapia (ambos).
4. Concepto de cambio (ambos).	4. Concepto de problema (ambos).
	5. Concepto de cambio (ambos).
	6. ¿Qué pasa con la gente que no va a terapia? (ambos).
	7. ¿Qué pasa cuando un problema se resuelve? (ambos).
	8. ¿Qué tipo de terapia se considera que se tuvo? (pacientes).
	9. ¿Cómo llega a identificarse con su orientación terapéutica? (terapeutas).
	10. ¿Cómo fue cambiando la forma de manifestarse con su paciente según la orientación que se tenía? (terapeutas).

Tema Elementos de utilidad terapéutica

Guía inicial de entrevista	Guía final de entrevista
1. Descripción libre de los elementos sentidos como útiles en el tratamiento (ambos).	1. Descripción libre de los elementos sentidos como útiles en el tratamiento (ambos).
2. Elementos que no fueron útiles (ambos).	2. Elementos extra sesión (ambos).
3. Elementos extra terapéuticos (ambos).	3. Percepción del terapeuta como persona (pacientes).
4. ¿Cómo se percibía al terapeuta? (pacientes).	4. Percepción del paciente como persona (terapeutas).
5. ¿Cómo se cree que se era percibido por el paciente (terapeutas).	5. Expectativas y esperanza hacia el tratamiento (ambos).
6. Elementos de la técnica o modelo (ambos).	6. Elementos sentidos como no útiles, faltantes, aspectos que podrían haber sido diferentes, aspectos que podrían haber sido mejor, aspectos del tratamiento que no gustaron (ambos).
7. Elementos de expectativa, esperanza y placebo (ambos).	7. Descripción del paciente antes y después del tratamiento (ambos).
8. Asignación de porcentajes a los elementos considerados como útiles.	8. Pesos o importancia diferencial (ambos).
9. Descripción del paciente después del proceso.	9. Lo que no se olvidará.
	10. Lo que significó un reto.
	11. La seguridad sentida, como terapeuta y en el terapeuta (ambos).

Tema Usos de lenguaje en psicoterapia

Guía inicial de entrevista	Guía final de entrevista
1. Reflexión general sobre las formas de hablar (ambos).	1. ¿Cómo es una plática en general cuando es agradable? (ambos).
2. Formas en que se prefiere que los otros se dirijan a uno en general, ejemplos (ambos).	2. ¿Cómo es una plática en general cuando es desagradable? (ambos).
3. Formas en que no gusta que los otros se dirijan a uno en general, ejemplos (ambos).	3. Concepto de discusión (ambos)
4. Formas de hablar en las sesiones terapéuticas, ejemplos (ambos).	4. ¿Qué pasa cuando una plática se convierte en una discusión desagradable? (ambos).
5. ¿Cómo hablaba el paciente? (ambos).	5. ¿Qué pasa cuando se resuelve una discusión o conflicto? (ambos).
6. ¿Cómo hablaba el terapeuta? (ambos).	6. ¿Cuáles son las formas en que se puede llegar a un acuerdo? (ambos).
7. Formas de hablar sentidas como útiles (ambos).	7. Concepto de chisme (ambos).
8. Formas de hablar sentidas como no útiles (ambos).	8. Formas en que se prefiere que los otros se dirijan a uno en general y en la terapia, ejemplos (ambos)
	9. Formas en que no gusta que los otros se dirijan a uno en general y en la terapia, ejemplos (ambos).
	10. ¿Cómo eran las conversaciones en terapia?, ejemplos (ambos).
	11. ¿Cómo hablaba el paciente? (ambos).
	12. ¿Cómo hablaba el terapeuta? (ambos).
	13. ¿Qué ayudaba a escuchar al otro? (ambos).
	14. ¿Qué ayudaba a platicar con el otro? (ambos).
	15. ¿Qué dificultaba escuchar al otro? (ambos).
	16. ¿Qué dificultaba platicar con el otro? (ambos).

Vale la pena mencionar que un cuarto tema de investigación fue el relativo a la reflexión de los entrevistados sobre la entrevista misma, dicho tema se abordó en todas las entrevistas.

Anexo 3

Cuadros temáticos

Descripción del paciente al inicio y al final del tratamiento

Áreas de dificultad al inicio del tratamiento

Caso n°	Paciente	Terapeuta
1	Emocional / Solución de problemas.	Tipo de discurso / Emocional / Autovaloración / Solución de problemas / Relación terapéutica.
2	Autovaloración / Emocional / Motivación personal.	Tipo de discurso / Autovaloración / Emocional / Motivación personal.
3	Motivación personal / Falta de conciencia / Autovaloración / Emocional / Solución de problemas / Tipo de discurso.	Autovaloración / Falta de conciencia / Emocionales.
4	Emocional / Solución de problemas.	Tipo de discurso / Emocional / Autovaloración / Motivación personal / Relación terapéutica.
5	Emocional / Tipo de discurso / Motivación personal / Autovaloración.	Co_terapeuta A: Tipo de discurso / Emocional / Autovaloración / Motivación personal.
6	Emocional / Tipo de discurso / Motivación personal / Autovaloración.	Co_terapeuta B: Emocionales / Autovaloración / Tipo de discurso.

Descripción del paciente al inicio y al final del tratamiento

Áreas de logro al final del tratamiento

Caso n°	Paciente	Terapeuta
1	Emocional / Autovaloración / Solución de problemas.	Autovaloración / Emocional / Motivación personal / Relación terapéutica.
2	Emocional / Motivación personal / Tipo de discurso / Autovaloración / Solución de problemas.	Emocional / Relación terapéutica / Motivación personal / Tipo de discurso / Autovaloración.
3	Solución de problemas / Autovaloración / Emocional / Toma de conciencia / Tipo de discurso.	Toma de conciencia / Autovaloración / Emocional.
4	Autovaloración / Solución de problemas / Motivación personal / Emocional.	Emocional / Relación terapéutica / Motivación personal / Solución de problemas / Tipo de discurso / Autovaloración.
5	Solución de problemas / Emocional / Autovaloración / Tipo de discurso.	Solución de problemas / Autovaloración / Emocional / Tipo de discurso / Motivación personal.
6	Solución de problemas / Emocional / Autovaloración / Tipo de discurso.	Emocional / Autovaloración / Motivación personal.

Expectativas hacia el tratamiento

Caso n°	Paciente	Terapeuta
1	Dudar al inicio del tratamiento / Creer en el tratamiento	Expectativa general / Expectativa concreta: teórica / Expectativa concreta: disfrutar más / Creer en la capacidad del paciente.
2	Dudar al inicio del tratamiento / Creer en el tratamiento.	Dudar al inicio del tratamiento / Creer en la capacidad del paciente / Expectativa concreta: teórica / Expectativa concreta: solución urgente.
3	Dudar al inicio del tratamiento / Creer en el tratamiento.	Creer en la capacidad del paciente.
4	Expectativa concreta: necesidad de expresar / Expectativa concreta: conocimiento sobre los propios errores / Expectativa concreta: opinión, consejo / Creer en el tratamiento.	Expectativa general / Creer en el tratamiento / Expectativa concreta: conclusión del tratamiento.
5	Expectativa concreta: sugerencia, consejo / Creer en el tratamiento.	Co_terapeuta A: Expectativa concreta: teórica / Creer en la capacidad del paciente / Dudar al inicio del tratamiento.
6	Expectativa concreta: sugerencia, consejo / Creer en el tratamiento.	Co_terapeuta B: Expectativa concreta: teórica / Creer en la capacidad del paciente / Dudar al inicio del tratamiento.

Percepción del otro como persona

Caso n°	Percepción del terapeuta como persona.	Percepción del paciente como persona.
1	Atributos cognitivos / Atributos de personalidad / Profesionalismo.	Profesionalismo / Atributos cognitivos / Atributos de personalidad.
2	Profesionalismo / Atributos de personalidad / Atributos cognitivos.	Atributos de personalidad / Atributos cognitivos.
3	Atributos de personalidad / Atributos cognitivos. Profesionalismo.	Atributos cognitivos / Atributos de personalidad.
4	Atributos cognitivos / Profesionalismo. Atributos de personalidad.	Atributos cognitivos / Atributos de personalidad.
5	Profesionalismo / Atributos de personalidad.	Atributos cognitivos / Atributos de personalidad.
6	Profesionalismo / Atributos de personalidad.	Atributos cognitivos / Atributos de personalidad.

Caracterización de la relación terapéutica

Caso n°	Paciente	Terapeuta
1	Relación afectiva / Relación de equipo.	Proceso.
2	Relación afectiva / Relación de equipo.	Proceso.
3	Relación afectiva.	Relación afectiva.
4	Relación afectiva.	Proceso / Relación afectiva.
5	Relación afectiva.	Co_terapeuta A: Relación afectiva.
6	Relación afectiva.	Co_terapeuta B: Relación afectiva.

Forma de manifestarse en la relación terapéutica
Forma de actuar

Caso n°	Paciente	Terapeuta
1	Percibe complementación deliberada. Trato cálido / Trato igualitario / Trato cuidadoso / Trato cordial / Trato sin juicios, sin crítica, sin censura; actuar sin tomar partido / Actuar elogiando y alentando / Mantener una conversación hilada.	Complementa deliberadamente. Trato cordial / Trato cuidadoso / Trato sin juicios, sin crítica, sin censura; actuar sin tomar partido / Actuar elogiando y alentando / Mantener una conversación hilada.
2	Percibe complementación deliberada. Trato igualitario / Trato cálido / Trato especial / Trato cordial / Trato cuidadoso / Trato sin juicios, sin crítica, sin censura; actuar sin tomar partido / Actuar con espontaneidad y naturalidad / Actuar elogiando y alentando.	Complementa deliberadamente. Trato sin juicios, sin crítica, sin censura; actuar sin tomar partido / Paciente colaborador / Mantener una conversación hilada.
3	Percibe complementación deliberada. Trato cuidadoso / Trato igualitario / Trato serio / Trato sin juicios, sin crítica, sin censura; actuar sin tomar partido / Actuar con espontaneidad y naturalidad.	Complementa deliberadamente. Trato igualitario / Trato sin juicios, sin crítica, sin censura; actuar sin tomar partido / Trato cuidadoso / Hablar con precisión / Actuar con espontaneidad y naturalidad / Actuar elogiando y alentando / Paciente colaborador.
4	No hace alusión a una complementación deliberada. Trato cuidadoso / Trato cordial / Trato igualitario / Trato cálido / Trato sin juicios, sin crítica, sin censura; actuar sin tomar partido / Actuar con espontaneidad y naturalidad / Actuar elogiando y alentando.	Complementa deliberadamente. Trato cordial / Trato cuidadoso / Trato comprometido y responsable / Trato sin juicios, sin crítica, sin censura; actuar sin tomar partido / Hablar con precisión / Actuar con espontaneidad y naturalidad / Paciente colaborador.
5	Percibe complementación deliberada. Trato cálido / Trato cuidadoso / Actuar elogiando y alentando / Mantener una conversación hilada.	Co_terapeuta A: Complementa deliberadamente. Trato cordial / Trato sin juicios, sin crítica, sin censura; actuar sin tomar partido / Hablar con precisión / Mantener una conversación hilada / Paciente colaborador.
6	Percibe complementación deliberada. Trato cálido / Trato cuidadoso / Actuar elogiando y alentando.	Co_terapeuta B: Complementa deliberadamente. Trato cordial / Trato cálido / Trato cuidadoso / Trato sin juicios, sin crítica, sin censura; actuar sin tomar partido / Trato igualitario / Con espontaneidad y naturalidad / Hablar con precisión / Paciente colaborador.

Significados de actuar con seguridad por parte del terapeuta

Caso n°	Paciente	Terapeuta
1	Cree en lo que hace / Inexplicable.	Cree en lo que hace.
2	Lo profesional.	Es sistemático / Cree en lo que hace.
3	Cree en lo que hace.	Transferencias Positivas / Cree en lo que hace.
4	Es profesional.	Es sistemático / Cree en lo que hace.
5	Buena autovaloración.	Cree en lo que hace / Buena autovaloración.
6	Buena autovaloración.	Cree en lo que hace / Experiencia.

Forma de manifestarse en la relación terapéutica
Forma de estar

Caso n°	Paciente	Terapeuta
1	Lenguaje no verbal. Relajados / Acompañado / Con libertad / Terapeuta atento.	Relajado / Paciente atenta / Con libertad.
2	Lenguaje no verbal. Relajados / Acompañado / Con libertad / Con humildad y sencillez / Simpatizar con el otro / Terapeuta atento.	Lenguaje no verbal. Acompañando / Con tolerancia / Atento / Con libertad / Motivados.
3	Lenguaje no verbal. Terapeuta relajado / Terapeuta atento / Acompañado / Con libertad / Motivado / Terapeuta entregado.	Entregado / Con humildad y sencillez / Con simpatía hacia el otro / Terapeuta atento / Con libertad / Con tolerancia.
4	Motivado / Relajado / Con libertad / Terapeuta atento.	Lenguaje no verbal. Aceptando al otro / Relajando y relajado / Atento / Presente / Con libertad / Con tolerancia.
5	Lenguaje no verbal. Terapeuta y paciente atentos / Terapeuta relajado y relajando / Con libertad / Motivado.	Co_terapeuta A: Indescriptible. Lenguaje no verbal. Con libertad / Atento / Relajado.
6	Lenguaje no verbal. Terapeuta y paciente atentos / Terapeuta relajado y relajando / Con libertad / Motivado.	Co_terapeuta B: Lenguaje no verbal. Con libertad / Relajado / Acompañando / Atento / Cansancio en ciertos momentos.

Acciones específicamente terapéuticas

Caso n°	Paciente	Terapeuta
1	<p>Aprende a generar soluciones. El preguntar / El disfrutar / Tener acceso a otras perspectivas / Trabajo con presente y/o futuro / Focalizar el problema / Autoaceptación / Ser sistemático / Utilizar los talentos y recursos del paciente.</p>	<p>Lenguaje no verbal / El disfrutar / El preguntar / Ofrecer otras perspectivas / Trabajo con presente y/o futuro / Contextualización / El reflexionar.</p>
2	<p>Aprende a generar soluciones. Lenguaje no verbal / El disfrutar / El expresar / El terapeuta comparte experiencias personales / Ser sistemático / El preguntar / Utilizar los talentos y recursos del paciente / Trabajo con presente y/o futuro / Tener acceso a otras visiones / El reflexionar / Autoaceptación / Tratar de comprender al paciente y/o validar al paciente / El disfrutar.</p>	<p>Lenguaje no verbal / Ofrecer otras perspectivas / Tratar de comprender al paciente y/o validar al paciente / Trabajo con presente y/o futuro / Utilizar los talentos y recursos del paciente / Ser sistemático / Trabajo con la red del paciente / El preguntar / Creer en la capacidad del paciente.</p>
3	<p>Aprende a generar soluciones. El reflexionar / Tener acceso a otras visiones / Tratar de comprender al paciente y/o validar al paciente / Empatía por el otro / Desbloquear la personalidad / Utilizar los talentos y recursos del paciente.</p>	<p>Empatía por el otro / Utilizar los talentos y recursos del paciente / Transferencias positivas / Ofrecer otras visiones / El reflexionar / Trabajo con presente y/o futuro / Desbloquear la personalidad / Tratar de comprender al paciente y/o validar al paciente / El disfrutar.</p>
4	<p>Indescriptibles. Aprende a generar soluciones. El disfrutar / Trabajo con presente y/o futuro / El expresar / El reflexionar / Tener acceso a otras perspectivas / El terapeuta comparte experiencias personales / Tratar de comprender al paciente y/o validar al paciente / El preguntar / Utilizar los talentos y recursos del paciente / Creer en la capacidad del paciente.</p>	<p>Lenguaje no verbal / Tratar de comprender al paciente y/o validar al paciente / Modelar / Contextualización / Ofrecer otras perspectivas / Trabajo con presente y/o futuro / Utilizar los talentos y recursos del paciente / El terapeuta comparte experiencias personales / Buscar el enganche / El preguntar / Ser sistemático / Trabajo con la red del paciente / El disfrutar / Creer en lo que dice el paciente.</p>
5	<p>Indescriptibles. Aprende a generar soluciones. Lenguaje no verbal / Tratar de comprender al paciente y/o validar al paciente / El reflexionar / Tener acceso a otras perspectivas / Utilizar los talentos y recursos del paciente / El preguntar / El expresar / El terapeuta comparte experiencias personales.</p>	<p>Co_terapeuta A: Tratar de comprender al paciente y/o validar al paciente / Buscar el enganche / El reflexionar / Ofrecer otras perspectivas / El preguntar / Trabajo con presente y/o futuro / Utilizar los talentos y recursos del paciente / Creer en los avances del paciente.</p>
6	<p>Indescriptibles. Aprende a generar soluciones. Lenguaje no verbal / Tratar de comprender al paciente y/o validar al paciente / El reflexionar / Tener acceso a otras perspectivas / Utilizar los talentos del paciente / El preguntar / El expresar / El terapeuta comparte experiencias personales.</p>	<p>Co_terapeuta B: Ser sistemático / Modelar / El disfrutar / Ofrecer otras perspectivas / Utilizar los talentos y recursos del paciente / Tratar de comprender al paciente y/o validar al paciente / Creer en los avances del paciente.</p>

Elementos extra sesión

Caso n°	Paciente	Terapeuta
1	Recursos personales del paciente / Recursos de la red social del paciente / El disfrutar.	El reflexionar del paciente / Tiempo del terapeuta.
2	Recursos de la red social del paciente / El disfrutar / Recursos personales del paciente / Eventos al margen / Tiempo del terapeuta.	Eventos al margen / Tiempo del terapeuta.
3	Recursos personales del paciente / Recursos de la red social del paciente / El disfrutar / Eventos al margen.	Recursos de la red social del paciente / Recursos personales del paciente / Eventos al margen / El disfrutar / Tiempo del terapeuta.
4	Eventos al margen / El reflexionar del paciente / Recursos personales del paciente / El disfrutar / Recursos de la red social del paciente / Establecer metas / Tiempo del terapeuta.	Recursos de la red social del paciente / Recursos personales del paciente / El disfrutar / Tiempo del terapeuta.
5	Recursos personales del paciente / Recursos de la red social del paciente.	Co_terapeuta A: Eventos al margen / Recursos de la red social del paciente / Recursos personales del paciente / El paso del tiempo / Tiempo del terapeuta.
6	Recursos personales del paciente / Recursos de la red social del paciente.	Co_terapeuta B: Recursos personales del paciente / Recursos de la red social del paciente.

Anexo 4

Ejemplos de discurso natural y codificación

Discurso natural de un paciente

Cate- goría	Subcate- goría	Discurso natural
AET LMR	EHE ESC	"[...] El confesar, el decir lo que había pasado[...] el que me hayan escuchado. Escucha, hubo escucha; él sabía la siguiente vez que yo iba, me recordaba inclusive él[...]
LMR	RSA	él mismo le daba continuidad a lo que la ocasión anterior yo había visto, platicado con él, de esa manera me daba cuenta que me escuchaba[...]
AET	TOV	Él me escucha, me da algunos consejos, me da ejemplos. Algunas veces me llegó a sugerir algunas formas o algunos tips para solucionar mi problema[...]
AET	TPF	Lo que te aconsejaron o lo que te hicieron ver, ponerlo en práctica básicamente; para empezar, poner en práctica muy pequeños ejemplos de cambio; luego se fue a ejemplos más importantes y más grandes[...]
AET FDM FES	DFT	Recuerdo que me decía que fuera algo que yo quisiese hacer y que no me causara malestar, sino por el contrario, que me causara bienestar[...]
AET	REF	el que te hagan ver es una manera de que te digan algo y lo razones y saques lo que sea bueno para ti [...]
LMR	IPR	el que alguien que sabe te aconseje, es bueno; si estoy en el error, bueno, el que una gente profesional me lo dijera, me iba a servir para; a partir de ahí intentar cambiar esos errores que tuviera yo [...]"

En el ejemplo anterior, cada unidad natural de discurso está separada por tres puntos suspensivos, [...]. Dicha separación se hizo para facilitar el análisis y la mayor parte de las veces corresponde a un mismo fragmento de entrevista. Cuando el siguiente fragmento de entrevista corresponde a un momento diferente, se anotan dos diagonales //.

A cada unidad de discurso corresponde la asignación de una de las siguientes subcategorías de significado: EHE: el solo hecho de expresar; ESC: la escucha; RSA: recordar la sesión anterior; TOV: tener acceso a otras visiones; TPF: trabajo con presente y /o futuro; DFT: el disfrutar; REF: el reflexionar; IPR: la idea de profesionalismo.

Según se indica en el cuadro, cada subcategoría de significado puede corresponder a una de las siguientes categorías: AET: acciones específicamente terapéuticas; LMR: elementos que mantienen la relación terapéutica; FDM: forma de manifestarse; FES: forma de estar.

Discurso natural de un terapeuta

Cate- goría	Subcat e-goría	Discurso natural
DPA	DRT	"[...] Yo creo que este fue un caso especial de dificultades para aterrizar a la persona, para jalarlo a platicar; al principio él hablaba más, no había interacción [...]
LMR	ESC	para lograr la interacción, yo la escuchaba, y cada vez más, poco a poco me fui metiendo; al principio es como un poco el panorama de toda su vida [...]
FDM FDA AET	CUI PRE	poco a poco irlo deteniendo [...] haciéndole preguntas 'a ver, espérame tantito, tú mencionaste aquello, me gustaría saber más de esto'; lo iba jalando, así, haciéndole preguntas [...] //
LMR	ESC	Con él podíamos hablar y escuchar [...]
LMR FDM	LNV	Hay muchos indicadores para darme cuenta de que escuchaba desde la postura, el contacto visual [...]
LMR FDM FDA	CHI	que en una sesión posterior saca a colación algo que yo dije, o decirte 'esto es muy cierto'; otros también te dicen 'estaba pensando eso, pero no sabía cómo decirlo' o 'ahorita que lo estás diciendo me está cayendo el veinte', hay muchos indicadores. [...] //
LMR	RES	Respeto [...]
LMR	ESC	Escuchar [...]
	CHI	platicar sobre el discurso que va sobre la marcha [...]
FDM FDA	JCS	nunca meter descalificaciones, ni cosas por el estilo [...] //
FDM FES	REX	Haciendo lo que hago me siento cómodo, relajado, tranquilo [...]
FDM FES	DFT	a gusto con el paciente, siento que ellos se sienten a gusto conmigo [...]
LMR	RES	Me siento muy bien, mi postura es respetuosa [...]
FDM FDA	JCS	dando una opinión, pero sin decir qué es lo bueno y qué es lo malo [...]
FES	IND	no sé cómo llamarle [...]
	SEN	con feeling [...]
FES	CLI	pero dándole la posibilidad de elegir a la persona."

Cada unidad natural de discurso está separada por tres puntos suspensivos, [...]. Dicha separación se hizo para facilitar el análisis y la mayor parte de las veces corresponde a un mismo fragmento de entrevista. Cuando el siguiente fragmento de entrevista corresponde a un momento diferente, se anotan dos diagonales //.

A cada unidad de discurso corresponde la asignación de una de las siguientes subcategorías de significado: DRT: dificultad en la relación con el terapeuta; ESC: la escucha; CUI: trato cuidadoso; PRE: el preguntar; LNV: lenguaje no verbal; CHI: conversación hilada; RES: respeto; JCS: trato sin juicios, sin crítica, sin censura, actuar sin tomar partido; DFT: el disfrutar; REX: estar relajados; IND: indescriptible; SEN: una sensación; CLI: estar con libertad.

Según se indica en el cuadro, cada subcategoría de significado puede corresponder a una de las siguientes categorías: DPA: descripción del paciente al inicio del tratamiento; LMR: lo que mantiene la relación terapéutica; FDM:

forma de manifestarse en la relación terapéutica; FDA: forma de actuar; FES: forma de estar; AET: acciones específicamente terapéuticas.

Ejemplos de preguntas de la entrevistadora

Preguntas a pacientes	Tema de entrevista	Preguntas a terapeutas
"[...] ¿Qué es lo que te hace empezar a ir con X? No necesariamente vamos a hablar de los contenidos, eres libre de decir lo que quieras y de no decir lo que no quieras. Pero, como ¿cuál sería tu definición, o lo que tú dirías que es lo que te lleva a empezar a ir con X? [...]"	Descripción libre de lo que lleva al paciente a terapia.	"[...] entonces, no sé, este, si puedes describir eh, qué es lo que lleva a X' a buscar el servicio con ustedes [...]"
"[...] y si hablaras específicamente de aquello que sientes que fue útil y que sirvió, ¿qué sería?"	Descripción libre de los elementos sentidos como útiles en el tratamiento.	"[...] y si hablamos ya de los elementos que tú crees que ayudaron a que esto fuera bueno o útil para él, ¿qué mencionarías?"
"Además de la terapia, ¿qué otras cosas sientes que han estado presentes durante, que ayudan a este cambio de lugar por llamarlo de alguna manera, o a este pasaje?"	Elementos extra sesión.	"Mi pregunta es la siguiente, además del trabajo que ustedes hacen en la terapia, ¿tú verías o ves algo que estaba fuera de la terapia, que pudo favorecer este trabajo que hicieron?, ¿qué?"