

## SECCION POLEMICAS EN PSICOLOGIA

### EFFECTOS SUBJETIVOS DE LA AYUDA PSICOLOGICA DISCUSION TEORICA Y PRESENTACIÓN DE UN ESTUDIO EMPIRICO

*Mariane Krause Jacob<sup>1</sup>*

#### RESUMEN

En este artículo se presentan y discuten los resultados de una investigación cualitativa acerca del efecto de diferentes tipos de ayuda psicológica. En una primera parte, se traza el marco general en el cual se inserta el estudio, la «investigación en psicoterapia». Se analizan brevemente algunos problemas a los que ésta se ha visto enfrentada, se discute la hipótesis de los «factores inespecíficos», y se señalan algunas ventajas que podría ofrecer la utilización de métodos cualitativos.

En la segunda parte, se presenta la metodología cualitativa aplicada, esto es, los procedimientos generales de la «grounded theory» de Glaser & Strauss, a los que se hará referencia posteriormente en la descripción de los procedimientos específicos del estudio.

La tercera parte contiene los resultados de la investigación, los cuales son discutidos en su relación con las hipótesis sobre los «factores inespecíficos» presentadas en la primera parte. La evidencia más general del estudio señala que los cambios terapéuticos implican la transformación de las «Teorías Subjetivas» del paciente, en especial, de aquellas que éste formula respecto de sí mismo. El artículo finaliza con una reflexión en torno al valor terapéutico que se podría asignar al desarrollo de «Teorías Subjetivas».

#### ABSTRACT

This paper shows and discusses the findings of an empirical, qualitative study about the effects of different forms of psychotherapy. In the first part we find the general frame of the area to which this study belongs, i. e. the «Psychotherapy Research». Some problems, the Psychotherapy Research has to deal with, are analysed, and the hypothesis about «unspecific factors» are discussed. Finally this part presents possible advantages associated with the utilization of qualitative methods.

Part two contains the methodology applied in the study, that is, the general procedures of the «grounded theory»-methodology of Glaser & Strauss. The specific procedures presented later refer to them.

In the third part of the paper we find the results of the empirical study, Their relation to the hypothesis of «unspecific factors» presented in the first part is herein discussed. The most general evidence which this study shows, ist the fact, that the therapeutic change involves the transformation of the clients' «Subjective Theories», specially of those they have about themselves. The paper ends with a discussion about the possible therapeutic value of the development of «Subjective Theories».

1 Profesora de la Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

## 1. LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA.

### 1.1. Los «factores inespecíficos» en la investigación en Psicoterapia

En los años 50, a raíz del cuestionamiento de Eysenck (1952) respecto de la eficacia de la psicoterapia, comenzó lo que podríamos llamar el «boom» de la investigación en psicoterapia, el que aún continúa. Las dudas sembradas por Eysenck en relación al *efecto general* de la terapia, se disiparon pronto, y al cabo de algunos años, ya nadie cuestionaba seriamente su efectividad. No obstante apareció un nuevo problema: A pesar del gran esfuerzo invertido, los estudios no lograban discriminar entre diferentes escuelas y/o entre diferentes técnicas de terapia. La terapia parecía tener un efecto general, homogéneo, independientemente de lo que se hiciera en concreto. Se postuló entonces la existencia de *efectos y factores de cambio inespecíficos*. En esta misma línea, en la presente investigación se partió del supuesto que, el efecto similar de los diferentes métodos terapéuticos no es un «artefacto» de la metodología de investigación, ni el producto de un nivel de conocimientos deficiente, sino un cambio terapéutico inespecífico genuino, producido por factores también inespecíficos.

La idea de estudiar los factores inespecíficos, sin embargo, no es nueva. Ya en 1961, Frank escribía en su libro «Persuasion and healing» acerca de efectos terapéuticos comunes a todas las formas de terapia, incluyendo dentro de éstas incluso intervenciones de la medicina popular y de tipo mágico. Con base en el análisis de las similitudes de estas formas de intervención, Frank generó una serie de hipótesis en torno a los factores o variables que pudieran ser responsables de estos efectos generales. A pesar de esto, durante los siguientes años, la investigación en torno a la efectividad de la psicoterapia se siguió centrando, primero, en demostrar la efectividad de las psicoterapias y, luego, en la búsqueda de efectos y factores de cambio específicos.

Que las hipótesis de Frank no hubieran sido tomadas lo suficientemente en serio como para ser investigadas, sin duda se

relaciona con que el «efecto inespecífico» se equiparó a la «ausencia de efectos». Esto último resulta comprensible sobre la base de la pertenencia de los investigadores a escuelas terapéuticas específicas, es decir, aceptar el efecto inespecífico hubiera significado una amenaza para las enseñanzas de las propias escuelas, las cuales postulaban relaciones causa-efecto entre técnicas y resultados. Los supuestos efectos y factores inespecíficos habrían puesto en duda estas relaciones causales.

A fin de cuentas, la cuestión es que se investigó poco respecto al tema. Se necesitaron muchos años de investigación, en los cuales los resultados señalados fueron replicados por numerosos análisis y «meta-análisis» (Smith & Glass 1977; Wittmann & Matt 1986), para que se comenzara a dar más importancia a la hipótesis mencionada.

La aún escasa evidencia acerca de los factores inespecíficos se centra, como lo escribieran Winkler, Cáceres, Fernández & Sanhueza (1989), en factores del paciente, del terapeuta y de la situación terapéutica, siendo los de mayor importancia los primeros y los últimos. De los primeros, no son relevantes características tales como sexo, edad, raza, etc., sino aquellas que dicen relación con la situación terapéutica, como lo son la motivación del paciente, sus expectativas, y otras características que se pueden denominar «habilidades psicológicas». De la situación terapéutica resulta importante la relación o «alianza terapéutica».

Los modelos teóricos más importantes acerca de los factores inespecíficos son el ya mencionado de Frank (1982), el de Bandura (1977) y el de Karasu (1986).

Frank subraya la importancia de:

- (a) la relación emocional intensa y de confianza entre el terapeuta y el paciente,
- (b) el *rol (o función) social* del terapeuta,
- (c) los esquemas conceptuales o «mitologías» con que se explican los problemas de (y a) los pacientes, y

- (d) el «ritual terapéutico», es decir, de la función general de los procedimientos específicos.

Además de estos elementos, Frank destaca el estado de «desmoralización» en que llegarían los pacientes al momento de consultar.

Bandura (1977) presenta la otra cara de la medalla de la «desmoralización», es decir, la «autoeficacia» como efecto inespecífico de toda terapia exitosa. Bandura agrupa los diferentes tipos de procedimiento que contribuirían a desarrollar la autoeficacia en las siguientes categorías generales:

- Los que *enseñan* al paciente nuevas formas de comportamiento
- Los que lo *animan* a vivir experiencias nuevas
- Los que le *permiten directamente* sentir cosas nuevas
- Los que en general *facilitan su respuesta emocional*.

Karasu (1986) analiza diferentes técnicas y procedimientos terapéuticos y concluye que se pueden dividir en tres grupos:

- Los que estimulan la vivencia *afectiva*
- Los que fomentan el control *cognitivo*
- Los que ayudan a la regulación del *comportamiento*.

Estos tres modelos se complementan mutuamente, porque ponen su foco de atención en diferentes aspectos de un mismo fenómeno. Frank enfatiza la importancia del contexto relacional y social de las intervenciones terapéuticas. Bandura las conceptualiza desde sus fundamentos teóricos y Karasu las clasifica según los efectos prácticos que les atribuye.

- 1.2. Los argumentos en favor del uso de métodos cualitativos en el estudio de los factores y efectos inespecíficos de la terapia

Actualmente se observan dos tendencias «renovadoras», en respuesta a la incapacidad de la investigación en psicoterapia para discriminar entre diferentes métodos terapéuticos y para dar cuenta de los «mecanismos» subyacentes a los cambios psicológicos observados (Czogalik, 1990). Por

una parte, ha aumentado el estudio de la perspectiva subjetiva de los pacientes (Elliott & James 1989; Bergold & Flick 1987, Krause Jacob 1992) y, por otra, se observa una mayor apertura hacia la metodología de investigación cualitativa (Hill 1990; Mutz & Kühnlein 1991; Aschenbach & Kempf 1985).

Resulta evidente esta tendencia a utilizar metodología cualitativa, al menos para la recolección de datos, incluso entre algunos investigadores más tradicionales (p. ej. Marmar 1990). Otros, como los estudiosos del «proceso terapéutico», p. ej. Bastine, Fiedler & Kommer (1989) o Grawe (1988) recomiendan volver a los estudios de caso único. Esto, si bien puede ser interesante, no es necesario, pues las aproximaciones cualitativas permiten combinar el estudio intensivo de casos individuales con los análisis comparativos y las conclusiones de nivel más general.

Un motivo que explica la mayor utilización de métodos cualitativos es el hecho que se sabe demasiado poco sobre los efectos y factores inespecíficos. Ya el término «factores inespecíficos» pone en evidencia el hecho que, en gran parte, no se sabe qué factores son los que operan para producir estos efectos similares de las diferentes formas de terapia. Los resultados con que se cuenta, p. ej. los que fueron mencionados anteriormente como factores del paciente, del terapeuta y de la situación terapéutica, son casi de sentido común. Los modelos teóricos si bien son interesantes, en especial el de Frank (1982), requieren de mayor contrastación empírica. Dado entonces que el nivel de conocimientos sobre cuya base se diseñan estudios tiene los déficits señalados, es recomendable utilizar una metodología que favorezca el descubrimiento de nuevos factores y relaciones. Los métodos cualitativos (en especial la escuela «grounded theory» que veré más adelante) ofrecen esta posibilidad.

Otra razón para la utilización de metodología cualitativa que me parece de importancia es que, tratándose de generar conocimientos acerca de cambios terapéuticos, que suceden «en el paciente», resulta necesario dar prioridad al estudio de la propia vivencia de estos cambios.

Esto implica la generación de categorías de análisis que se apoyen en la información que nos entrega el mismo paciente, en vez de la tradicional utilización de categorías generadas externamente. Los métodos cualitativos son los indicados para la generación de estas categorías que se basan en la información que nos pueden entregar los pacientes puesto que, mediante su aplicación, se logra acceder a factores subjetivos que con la metodología más tradicional permanecen ocultos.

## 2. METODOLOGÍA UTILIZADA

En la investigación empírica aquí presentada se aborda el estudio de los efectos de la ayuda psicológica primordialmente (aunque no exclusivamente) desde la perspectiva de los destinatarios de dicha ayuda, es decir, de los pacientes o clientes. La investigación incluye el análisis de sus biografías, para poder situar la experiencia terapéutica en el contexto biográfico de cada paciente, y de sus relatos respecto de su experiencia con la ayuda psicológica. En este segundo punto se incluye un análisis de los cambios terapéuticos, a partir de la vivencia subjetiva de éstos. Una metodología que resulta muy adecuada para estos análisis es la «grounded theory» de Glaser & Strauss que veremos a continuación.

### 2.1. La escuela metodológica de Glaser y Strauss

Esta escuela metodológica fue denominada «grounded theory» (teoría fundamentada empíricamente) por sus fundadores, y se desarrolló originalmente para investigaciones sociológicas. Durante los últimos 6 años ha sido aplicada también al estudio de fenómenos psicológicos, y su utilización ha proliferado en EEUU y en Europa. Sus autores (Glaser & Strauss 1967; Glaser 1978; Strauss 1987; Strauss & Corbin 1990, 1991) la definen como un «método inductivo para el desarrollo de modelos teóricos».

«Los procedimientos de la «grounded theory» han sido diseñados para desarrollar un conjunto de conceptos bien integrado que provea de una explicación teórica detallada y precisa de los fenómenos sociales que se están estudiando. Una teoría fundada empíricamente deberá explicar al mismo tiempo de describir» (Strauss & Corbin 1990, S. 5; trad. de la autora). La metodología de Glaser y Strauss se plantea, así, como una alternativa para traspasar el nivel

descriptivo, tan frecuente en otras aproximaciones cualitativas.

La «grounded theory» permite trabajar con datos verbales de diferente origen (entrevistas, documentos escritos, relatos de observaciones en terreno, etc.). Sin embargo, en el análisis de los datos se sigue un procedimiento siempre similar, que incluye pasos y reglas claramente estipulados, referidos tanto a la selección de la muestra y a la recolección de datos como al análisis de los mismos. La más general de estas reglas señala que la selección de la muestra, la recolección de datos y su análisis no deben ser fases separadas, sino integradas, es decir, tienen que ser implementadas *paralelamente*.

#### Estrategia sucesiva de muestreo

La muestra se selecciona mediante la utilización de una «*estrategia sucesiva*». Se eligen los primeros sujetos, documentos o situaciones de observación y se analizan los datos obtenidos. Mediante el análisis de estos primeros datos se generan conceptos, categorías conceptuales e hipótesis que son utilizados para generar criterios mediante los cuales se seleccionan los siguientes sujetos que se integrarán a la muestra. Es por esto que en este enfoque se habla de un «*muestreo guiado teóricamente*» («*theoretical sampling*»), aunque se debe subrayar que aquí estamos hablando de la «teoría» que se está generando a partir de la investigación en cuestión.

Los conceptos e hipótesis generados a partir de los primeros datos son contrastados con los datos siguientes y, habitualmente, son corregidos sobre la base de la nueva evidencia. Los siguientes datos también se analizan de inmediato y se comparan con los anteriores. De este análisis resultan nuevos conceptos que también son utilizados para la continuación del muestreo, la recolección de datos y su análisis. Se continúa de este modo hasta lograr la «*saturnación teórica*» de la categorías conceptuales generadas a través del análisis, es decir, hasta el momento en que los nuevos datos ya no agregan información nueva. Cabe señalar, sin embargo, que la «*saturnación teórica*» no se refiere sólo a categorías conceptuales aisladas sino también a la relación entre éstas.

#### Análisis de datos y generación de resultados

Para efectos del análisis, el primer paso es la «codificación» («coding») de los datos obtenidos. *Codificar* significa extraer pasajes, conceptos o formulaciones «claves», que permiten *articular analíticamente* el material analizado. En este sentido los «codes» con frecuencia tienen el carácter de hipótesis que son contrastadas en momentos posteriores del análisis. La estrategia que se aplica a los datos codificados es la «comparación permanente». Los resultados que se van generando a partir de estas comparaciones se registran en forma de «memos», los cuales se van constituyendo - como pedazos que conforman un puzzle - en piezas del modelo teórico que se va desarrollando e integrando a medida que progresa la investigación.

Los resultados de investigaciones realizadas con esta metodología deberán -idealmente- constituir un modelo tanto descriptivo como explicativo del objeto de estudio.

## 2.2. Aplicación específica de la metodología descrita en el presente estudio

Se entrevistó a 19 personas (14 mujeres y 5 hombres, de diferentes edades y estratos socioeconómicos) que habían recibido ayuda psicoterapéutica, la estaban recibiendo actualmente, o habían decidido acudir al psicólogo. Los tipos de ayuda profesional experimentada por las personas que conforman la muestra incluyen las modalidades de terapia individual, de pareja y grupal, además de psicoterapia asociada a hospitalizaciones, intervención en crisis, consejería psicológica y algunos tratamientos psiquiátrico-farmacológicos.

Entre las escuelas de psicoterapia estaban incluidas el Psicoanálisis, la Terapia de Orientación Analítica, la Terapia Gestáltica, la Terapia Conductual, la Terapia Sistémica, la Terapia Rogeriana y el Análisis Transaccional, y algunos casos de orientación ecléctica. Entre los terapeutas se encontraban tanto psicólogos como psiquiatras.

Cada persona fue entrevistada dos a tres veces, registrándose las entrevistas por medio de grabaciones. También se entrevistó a los respectivos psicólogos y psiquiatras y se hizo una descripción detallada de los aspectos no verbales (no registrados en la cinta) de cada situación de entrevista. Por lo tanto, los «datos» del presente estudio están constituidos por 41 entrevistas narrativas biográficas (Schütze 1977,

1983) con pacientes, ex-pacientes y futuros pacientes, 16 entrevistas con profesionales y 19 descripciones de situaciones de entrevista. El análisis conjunto de estas tres fuentes de datos se entiende como «triangulación» (Denzin 1970, 1989; Flick 1990), es decir, como la combinación de diferentes perspectivas sobre el objeto de estudio.

La selección de la muestra se realizó -siguiendo el enfoque de Glaser & Strauss (op. cit.) - en forma sucesiva y paralelamente a la recolección y al análisis de los datos. La reconstrucción de la experiencia terapéutica de las personas entrevistadas, si bien se realizó con base en sus relatos, evidentemente también está sujeta al modo de interpretación propio, es decir, a la subjetividad del investigador. A fin de paliar en parte este problema se formó un «equipo de análisis» que hizo posible una aproximación «intersubjetiva».

Para efectos del análisis de datos, cada «caso» fue analizado primero en forma separada, y luego fue comparado con los demás. El análisis de casos individuales, y una parte del análisis comparativo, fueron realizados por el equipo de análisis mencionado. A partir del análisis de casos y del análisis comparativo, se desarrollaron categorías conceptuales e hipótesis que se utilizaron en la completación sucesiva de la muestra y que fueron contrastados en los pasos ulteriores del análisis. Durante el proceso de análisis se osciló, permanentemente, entre datos particulares y categorías conceptuales más generales, es decir, entre el detalle y la perspectiva global. Esto es propio de los métodos inductivos y, usando las palabras del antropólogo Clifford Geertz (1983, p. 307), es como si «saltáramos permanentemente de un lado al otro, mirando el todo desde la perspectiva de los detalles, que le otorgan cercanía y vitalidad y viendo los detalles desde la perspectiva del todo, desde la cual se vuelven comprensibles» (trad. de la autora).

## 3. Presentación y discusión de los resultados

A fin de sintetizar los resultados, éstos han sido divididos en proposiciones o tesis que representan diferentes aspectos y «pasos» del desarrollo «ideal» de un proceso terapéutico.

Los cambios terapéuticos inespecíficos comienzan en la etapa de la búsqueda de ayuda pro-

fesional y se desarrollan durante toda la relación de ayuda. Conforman una secuencia, en la cual los cambios posteriores se basan en los anteriores, es decir, se trata de un *proceso*.

Para efectos del análisis aquí presentado, los aspectos relevantes para el cambio pueden subdividirse en aquellos que forman la base, sobre la cual se podrá desarrollar una relación de ayuda transformadora, y los cambios terapéuticos propiamente tales. Los primeros se pueden volver a subdividir según si ocurren antes o después del comienzo de la relación de ayuda.

### 3.1. Aspectos relevantes para el cambio que son previos a la relación de ayuda

En la etapa anterior a la relación de ayuda resultan de relevancia los siguientes aspectos:

#### (1) La experiencia de los propios límites.

Se trata de la vivencia subjetiva de haber alcanzado los límites de la resistencia personal, por una parte, y los límites de las posibilidades de autoayuda, por otra. Lo segundo se parece a la «desmoralización» de Frank. La combinación de ambas vivencias es propia de una situación de crisis, definida según el concepto de Caplan (1964) o de Ulich (1987).

Esta experiencia es necesaria para el siguiente eslabón de la cadena:

#### (2) La aceptación de la necesidad de ayuda.

Esto significa haber llegado a la conclusión de que es necesario acudir a la ayuda externa, posiblemente profesional. (Cabe señalar, que cuando se da el punto (1) sin ocurrencia del punto (2) la persona se encuentra propensa a hacer un intento de suicidio). Con el reconocimiento de los propios límites y con la aceptación de la necesidad de ayuda externa se llega al siguiente punto:

#### (3) El cuestionamiento de los modelos explicativos personales.

Este cuestionamiento puede ser entendido como un «descongelamiento» (Märtens 1991) de los modelos explicativos utilizados hasta ese momento. Este descongelamiento «prepara» el terreno

para la posterior aceptación de nuevos modelos explicativos e interpretativos y es el punto de partida de lo que veremos a continuación:

#### (4) La transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas y el desarrollo de metas para la terapia.

La magnitud de la duda respecto de los propios conceptos, la especificidad y el nivel de elaboración de las metas que se desarrollan en este proceso dependen, entre otros factores, de la percepción (subjetiva) del grado de urgencia de la ayuda. Es decir, mientras más urgentemente se requiera de la ayuda externa, menos tiempo se invertirá en reflexionar acerca de los motivos o causas del estado en que uno se encuentra. En caso de mucha urgencia el tiempo es invertido principalmente en la búsqueda rápida de ayuda o alivio de la situación. En caso de menor urgencia el paciente habrá reflexionado acerca de sus problemas y de las posibles causas de éstos ya antes de pedir ayuda. Esto se observa, evidentemente, más en pacientes que acuden a psicoterapia y menos en aquellos que son atendidos en centros de intervención para situaciones de crisis o en servicios psiquiátricos de urgencia. En los «pacientes psicoterapéuticos», la elección del tipo de terapia y del terapeuta, habitualmente, es el producto de una reflexión acerca de sus problemas, durante la cual a menudo también han podido desarrollar metas para la terapia.

Un último aspecto de relevancia para el cambio, que se da en esta etapa previa al comienzo de la relación de ayuda, es el siguiente:

#### (5) Las expectativas del paciente respecto del rol o función del terapeuta, respecto del propio rol y respecto de la estructura (y del «setting») de la relación de ayuda.

Por medio de las expectativas del paciente, que a su vez reflejan las representaciones sociales (Moscovici 1984, 1991) de terapia propias del grupo social al que pertenece, la terapia, como institución social, ejerce su influencia aún antes de ser experimentada personalmente. La decisión de pedir ayuda, entonces, desencadena expectativas que

tienen un valor de cambio, lo que evidentemente varía de un contexto social a otro.

Presentado más detalladamente, este efecto de cambio ocurre del siguiente modo: Por una parte la expectativa de recibir ayuda tiene una influencia curativa directa sobre la persona. Esto es también descrito por Frank (1961, 1982): La esperanza de recibir ayuda disminuye el nivel de «desmoralización» (que en parte es justamente desesperanza) en que el paciente ha caído a causa de sus problemas y de la vivencia de sus propios límites. Por otra parte, las expectativas respecto del «rol de experto» del terapeuta y respecto del propio rol como paciente, tienen un valor curativo indirecto porque preparan al paciente para la situación de terapia, de tal modo que cuando ésta ocurra él esté dispuesto a aceptar las proposiciones de cambio que la situación demandará de él.

### 3.2. Aspectos y procesos relevantes para el cambio que entran en acción al comienzo de la relación de ayuda

- (1) Un primer aspecto de relevancia es la estructura de la relación de ayuda, la cual es construida tanto por el terapeuta como por el paciente, dentro de un marco socialmente definido.

Esta afirmación se puede ejemplificar a través de una de las características centrales de la relación de ayuda: su asimetría. La asimetría es construida por ambas partes, p. ej. a través del otorgamiento, de parte del paciente, y de la aceptación, por parte del profesional, del rol de experto de este último. La asimetría puede ser concebida como un aspecto relevante para el cambio, porque el paciente o cliente, justamente por otorgar la calidad de experto al otro - y por ello entregarle también parte de la responsabilidad sobre su «vida psíquica» (o su salud mental) - está dispuesto o en condiciones de:

- «seguir» a su terapeuta en su conceptualización del problema,
- verse a sí mismo en forma autocrítica,
- y
- aprender de él nuevos modos de interpretación de la «realidad».

Estos, son requisitos para los cambios terapéuticos que se describirán posteriormente.

- (2) Otro aspecto relevante para el cambio es el primer ajuste emocional entre el paciente y el terapeuta, que constituirá la base para el desarrollo de una relación de confianza.

Desde la perspectiva de los pacientes este ajuste emocional (o «sintonía» como dicen ellos) se relaciona con un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta. Su ausencia pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda. La calidad de este ajuste emocional se hace evidente en fases tempranas de la relación de ayuda. Es decir, los pacientes relatan que ya en la primera sesión se dan cuenta si podrán o no podrán establecer una relación emocional positiva con su terapeuta.

- (3) Un tercer aspecto relevante es la influencia del «rol» del terapeuta como tal, el cual está definido por la estructura de la relación de ayuda y tiene, por lo menos, tanta importancia para el cambio como sus características específicas.

Debemos recordar en este punto los estudios que se hicieron con legos que asumieron el rol de terapeutas y que resultaron ser tan eficaces como los terapeutas profesionales mismos (Durlak 1979, 1981; Nietzel & Fisher 1981). Independiente de sus características personales y de su quehacer profesional específico, la estructura de la relación de ayuda da al terapeuta una posición de poder (o de influencia), desde la cual puede operar como agente de cambio. Como lo muestra un estudio de Zier (1987) en Colombia, esto se da también en la relación con la curandera o «bruja».

- (4) Otro aspecto relevante para el cambio, que a su vez ya es un producto del cambio, es lo que se puede llamar la «normalización» de los problemas psicológicos del paciente. La «normalización» constituye la base para la aceptación (p. ej. en vez de la negación) de dichos problemas, y es el punto de partida para su abordaje terapéutico institucionalizado.

Mediante el proceso de normalización el problema del paciente, desde su perspectiva subjetiva, pierde el carácter de «algo único», lo que tiene un doble efecto:

- Cuando el problema ha perdido su carácter de único, puede ser abordado mediante procedimientos institucionalizados, lo cual es de importancia para la aceptación de la terapia y para la credibilidad de la acción del terapeuta.
  - Por otra parte la normalización aumenta la aceptación subjetiva del problema, en el sentido de disminuir la necesidad de ocultarlo o de reprimirlo. Esto, a su vez, aumenta la disposición del paciente para «trabajarlo», o bien para dejarlo de lado y enfocar otros problemas o aspectos de su persona que dentro de la relación de ayuda se definan como más relevantes.
- (5) El último de los aspectos relevantes al cambio, de esta etapa, es el modelo (o teoría) de terapia del terapeuta, pero no son sus contenidos concretos sino, en primer lugar, su mera existencia.

Cabe recordar una discusión sobre la relevancia o irrelevancia de la teoría terapéutica, que aparece en la literatura pertinente (Tschuschke & Czogalik 1990; Bozok & Bühler 1988). El hecho de que no sea posible establecer empíricamente una relación entre los cambios observados y la aplicación de ciertos procedimientos ligados a determinadas teorías terapéuticas llevó a algunos (Bozok & Bühler 1988) a la conclusión algo apresurada de que la teoría terapéutica sería prescindible.

A partir de los resultados de la presente investigación, que en esto concuerda con Frank (op. cit.), cabe postular que la teoría terapéutica resulta imprescindible. Es ella la que da consistencia teórica a la acción del terapeuta, le permite actuar con convicción y aumenta su credibilidad ante el paciente. Algunos investigadores (p. ej. Tschuschke & Czogalik 1990) consideran éste su efecto principal. Sin embargo, en oposición a esta afirmación, los resultados expuestos indican que la mayor proporción de su «fuerza de cambio» radica en el hecho que la teoría constituye el marco dentro del cual se generan los «mensajes terapéuticos» transmitidos al paciente, o dicho más precisamente, constituye en sí el mensaje terapéutico más global. Si el núcleo de los cambios terapéuticos está

constituído por transformaciones en los modos de interpretación y en las Teorías Subjetivas de los pacientes, la teoría terapéutica sería el «suelo nutriente» para el logro de tales transformaciones. La teoría terapéutica resulta entonces relevante para el cambio no sólo porque constituye una base para la acción del terapeuta, sino porque ofrece al paciente una nueva conceptualización de sí mismo (y de sus problemas y síntomas).

### 3.3. Etapas centrales del cambio terapéutico propiamente tal

En los siguientes puntos presentaré aquellos cambios o transformaciones que resultan ser el «centro» del cambio terapéutico propiamente tal. Me refiero a las diferentes *etapas del proceso de construcción de nuevos modos de interpretación y de Teorías Subjetivas de tipo psicológico*.

Un cambio terapéutico exitoso está conformado por las siguientes transformaciones (o aprendizajes):

- (1) La aceptación de un «contexto de significación de tipo psicológico» como marco para el «trabajo» con los propios problemas y síntomas.

En términos temporales estamos hablando del comienzo de la relación terapéutica y nos estamos refiriendo al hecho de aceptar que los problemas por los cuales uno ha consultado han de ser interpretados psicológicamente. (Los que hemos actuado como terapeutas sabemos las dificultades que trae consigo, pensemos p. ej. en algunas personas con trastornos psicossomáticos, la no aceptación de este marco interpretativo). Cuando esta etapa se traspasa exitosamente, el paciente acepta que sus problemas son de tipo psicológico, psicossocial o psicossomático.

- (2) El paso siguiente es la redefinición y revaloración de los propios problemas y síntomas.

Una vez aceptado el contexto psicológico en su validez como marco general, los problemas y síntomas se van conceptualizando y reconceptualizando específicamente dentro de él. La reconceptualización con frecuencia tam-

bién trae consigo una revalorización. Por ejemplo, un síntoma que originariamente era percibida y definido como «malfuncionamiento corporal» ahora puede ser redefinido y revalorizado como «señal del cuerpo que es útil porque me ayuda a no someterme al exceso de trabajo». A consecuencia de las reconceptualizaciones y revaloraciones a menudo también se redefinen las metas que el paciente tiene para su terapia.

- (3) En forma paralela a estos dos primeros puntos, durante la situación terapéutica se focaliza la biografía del paciente, lo que constituirá la base para una nueva «autocomprensión» y para el trabajo terapéutico posterior.

Mediante el relato de la historia de vida durante la terapia, que en la presente investigación se dio en todos los casos, independientemente de la escuela psicológica o la teoría terapéutica del terapeuta, el paciente ofrece los contenidos a los cuales se aplicarán las «interpretaciones psicológicas» del terapeuta.

De este modo se llega al siguiente paso dentro del trabajo terapéutico:

- (4) La interconexión de los problemas y síntomas, mediante la cual se van formando «constructos subjetivos» acerca del propio funcionamiento psicológico. (Es un nivel previo a la construcción de Teorías Subjetivas).

La interconexión se va realizando a través de las interpretaciones psicológicas, basadas en la teoría terapéutica del profesional. Así se van construyendo las «piezas» y partes que van conformando las Teorías Subjetivas.

Con esto hemos llegado al último eslabón de la cadena:

- (5) La construcción de una Teoría Subjetiva de tipo psicológico, fundamentada en la biografía, que se puede considerar el producto final del cambio terapéutico inespecífico.

Su «valor» o relevancia para el cambio será discutido más adelante.

#### 3.4. Condiciones para que un cambio terapéutico de este tipo se pueda mantener

- (a) Una primera condición para la mantención es la *integración de los modos de interpretación psicológicos*. La integración implica que el paciente ha «hecho suyas» estas formas de interpretación y que es capaz de aplicarlas en forma autónoma, y posiblemente de seguir las desarrollando. La integración se va desarrollando durante todo el cambio terapéutico, aunque evidentemente en mayor grado en las etapas (4) y (5). La integración es de suma importancia ya que se asocia al desarrollo de la autonomía, es decir, es una condición para no permanecer dependiendo de la ayuda profesional.

El tipo de intervenciones terapéuticas que facilitan este logro de autonomía son aquellas que ofrecen nuevos modos de interpretación al paciente, pero, al mismo tiempo lo animan o le dejan el espacio para que en la práctica las construya él mismo.

Un tipo de intervenciones que cumpliría con este requisito, y que es mencionado con alta frecuencia por los pacientes, son las «preguntas terapéuticas». Estas preguntas pueden indicarle la dirección que habrá de seguir una reflexión, pueden delinear su forma y su contenido en términos gruesos, pero sin fijarlos en el detalle. De este modo las preguntas terapéuticas ayudan a mantener el «contexto de significación de tipo psicológico», dejando además un espacio para construcciones propias del paciente. Este último puede integrar el marco general implícito en las preguntas, sintiendo no obstante que está haciendo su propia reflexión y que está llegando a sus propias conclusiones, lo que fortalece su confianza en las propias habilidades.

- (b) En cuanto a la estructura de la relación de ayuda, el resultado de un proceso de cambio terapéutico exitoso implica la *disolución o minimización de la asimetría*. El paciente recupera la porción de responsabilidad sobre sus propios «procesos psicológicos» que había entregado al terapeuta en un comienzo, y se transforma nuevamente en experto sobre sí mismo, aún en el contexto de significación de tipo psicológico. Puede aplicar lo aprendido en forma independiente (no necesita nuevos contactos con

su terapeuta para hacerlo) y lo puede seguir desarrollando.

En las fases finales de terapias exitosas los pacientes relatan necesitar cada vez menos ayuda, no sólo para sentirse bien, sino también para «analizarse psicológicamente». Con la integración de las «reglas» del contexto de significación de tipo psicológico, y de sus modos de interpretación, ellos van adquiriendo autonomía para su aplicación. Asimismo, los elementos que inicialmente eran parte necesaria de la relación de ayuda, se van transformando hacia el final de ésta:

- La asimetría que resultaba necesaria en las primeras etapas de la relación de ayuda, se tiende a desvanecer hacia el final de la terapia.
- El lugar de la «aceptación de la necesidad de ayuda» va siendo ocupado por el sentimiento de autoeficacia (Bandura 1977).
- El «otorgamiento del rol de experto» que el paciente hiciera al terapeuta quizás se mantenga en términos amplios, pero ya no se refiere a los propios problemas. En el ámbito personal prima el sentirse experto sobre sí mismo.
- La «autopercepción crítica» se mantiene (de hecho ha sido entrenada intensamente durante toda la terapia) pero ya no se detiene en los propios problemas sino que se convierte en un estado más general de conciencia o alerta frente a los propios procesos psicológicos.

##### 5. Evaluación del valor terapéutico del desarrollo de teorías subjetivas

Hemos visto que el desarrollo de Teorías Subjetivas acerca del propio comportamiento y de los propios procesos psicológicos es el resultado inespecífico más importante de una experiencia terapéutica. Es de hecho un cambio, pero cabe preguntarse si le podemos asignar además un valor positivo, y de ser así, desde qué perspectiva.

A este respecto los resultados del presente estudio indican que el desarrollo de Teorías Subjetivas de tipo psicológico, puede resultar en un beneficio para la persona por varias razones:

- (a) El valor de cambio de las Teorías Subjetivas en primer lugar radica en el simple hecho que permiten al paciente adquirir una *nueva visión o perspectiva sobre sí mismo* y sus problemas. Esto es relevante por cuanto el persona había llegado a los límites de sus modelos antiguos. Con una nueva visión cambia también la percepción de sus posibilidades y su campo de acción se puede ampliar (así por lo menos argumentan los investigadores Mutz & Kühnlein 1991).
- (b) Además, las Teorías Subjetivas permiten el desarrollo de una mayor «congruencia psíquica». Es decir, mediante Teorías Subjetivas ligadas a la propia biografía se aumenta el grado de congruencia del relato biográfico, de las explicaciones y justificaciones del propio comportamiento, de los problemas, de las metas, etc. Esto tiene un efecto positivo sobre el sentimiento de identidad y sobre la autoimagen. Asimismo, la disminución de contradicciones fomenta las sensaciones de control y de seguridad. Este resultado tiene cierta similitud con el concepto de autoeficacia de Bandura (1977), sólo que a mi juicio se trataría en primer término de un aumento en la «sensación» de autoeficacia. Este aumento puede, pero no necesita, ser mediado por cambios conductuales (como lo postula Bandura).

A mi modo de ver la autoimagen, el sentimiento de confianza en sí mismo y la sensación de autoeficacia pueden ser influenciados directamente. Por una parte, porque durante todo el proceso terapéutico la persona pasa a ocupar un lugar central, es decir, pasa a ser «figura» en la relación de ayuda. Por otra parte, y esto es lo más importante, porque la influencia se daría a través de la reconceptualización y revaloración de las propias habilidades que acompaña la construcción de las Teorías Subjetivas. Es decir, es la percepción de las propias habilidades y posibilidades la que cambia, más que las habilidades y posibilidades en sí. Esto concuerda también con los resultados de Elliott & James (1989) sobre la percepción que los pacientes tienen acerca de su cambio terapéutico, en los que la mejoría en la autoimagen ocupa un lugar más alto en la jerarquía de cambios percibidos que la mejoría en la capacidad de solución de problemas.

El fortalecimiento del sentimiento de seguridad antes mencionado, se ve facilitado además por el hecho de que las Teorías Subjetivas otorgan «sentido» a la propia existencia y a la acción personal.

Si éstas son razones de peso para valorar positivamente los efectos inespecíficos de

la experiencia terapéutica es una pregunta que no se puede responder al interior del marco de este trabajo. Los resultados aquí expuestos pueden, sin embargo, ayudar a entender un poco mejor qué tipo de cambios generales se pueden esperar de una terapia. El valor que se les dé dependerá «del cristal con que se les mire».

#### BIBLIOGRAFÍA

Aschenbach, G., Kempf, W. (Eds.). (1985). *Methodenprobleme in der Psychotherapieforschung. Ein handlungspsychologischer Ansatz.* Eschborn bei Frankfurt/M.: Fachbuchhandlung für Psychologie, Verlagsabteilung.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behaviour Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bastine, R., Fiedler, P., Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozeßforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3-22.

Bergold, J. B., Flick, U. (1987). (Eds.): *EINSICHTEN - Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung.* Forum für Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, Bd. 14. Tübingen: DGVT.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry.* New York - London: Tavistock.

Czagalik, D. (1990). Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. En: Tschuschke, V., Czagalik, D. (Hg.). *Was wirkt in der Psychotherapie?: Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren.* Berlin - Heidelberg - New York - London - Paris - Tokyo - Hong Kong: Springer, 7-30.

Czagalik, D., Hettinger, R. (1988). Mehrebenenanalyse der psychotherapeutischen Interaktion: Eine Verlaufsstudie am Einzelfall. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 31-45.

Denzin, N. K. (1970). *The research act.* New York: McGraw Hill.

Denzin, N. K. (1989). *Interpretive interactionism. Applied social research methods series, 16.* Newbury Park - London - New Delhi: Sage.

Durlak, J. A. (1979). Comparative Effectiveness of Paraprofessional and Professional Helpers. *Psychological Bulletin*, 86, 80-92.

Durlak, J. A. (1981). Evaluating Comparative Studies of Paraprofessional and Professional Helpers: A Reply to Nietzel and Fisher. *Psychological Bulletin*, 89, 365-369.

Elliott, R., James, E. (1989). Varieties of client experience in Psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy research: An evaluation. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.

Flick, U. (1990). Fallanalysen: Geltungsbegründung durch systematische Perspektiven-Triangulation. En: Jüttemann, G. (Ed.). *Komparative Kasuistik.* Heidelberg: Asanger, 184-203.

Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing.* Baltimore: John Hopkins Press. Deutsch: (1981). *Die Heiler.* Stuttgart: Ernst Klett.

Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapie*, 25, 350-361.

Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En: Harvey, J. H., Parks, M. M. (Eds.). *The Master Lecture Series I. Psychotherapy Research and Behavior Change.* Washington: APA.

Gaston, L., Marmar, C. R. (1989). Quantitative and qualitative analyses for psychotherapy research: Integration through time-series designs. *Psychotherapy*, 26, 169-176.

Geertz, C. (1983). *Dichte Beschreibung: Beitrag zum Verstehen kultureller Systeme.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical Sensitivity*. Mill Valley: Sociology Press.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 17, 1-7.
- Grawe, K., Caspar, F., Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 292-362.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory In-Session Process Research in Individual Psychotherapy: A Review. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *Am. J. of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Krause Jacob, M. (1992). *Erfahrungen mit Beratung und Therapie-Veränderungsprozesse aus der Sicht von KlientInnen*. Freiburg: Lambertus.
- Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy Process Research: Progress, Dilemmas, and Future Directions. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.
- Märtens, M. (1991). «Meine Krankheit gehört mir gar nicht» - Subjektive Krankheitstheorien und ihre therapeutische Verflüssigung aus systemischer Sicht. En: Flick, U. (Ed.). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger, 216-229.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. En: Farr, R. M., Moscovici, S. (Ed.). *Social representations*. Cambridge: University Press, 3-69.
- Moscovici, S. (1991). Die prälogische Mentalität der Zivilisierten. En: Flick, U. (Ed.). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger, 245-268.
- Mutz, G., Kühnlein, I. (1991). *Lebensgeschichte als Skript? - Verwendung alltäglicher und wissenschaftlicher Wissensbestände bei der biographischen Rekonstruktion von Krankheitsverläufen*. En: Flick, U. (Ed.). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger, 230-242.
- Nietzel, M. T., Fisher, S. G. (1981). Effectiveness of Professional and Paraprofessional Helpers: A comment on Durlak. *Psychological Bulletin*, 89, 355-365.
- Schütze, F. (1977). Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien - dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Manuskript der Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie: Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und Narratives Interview. *Neue Praxis*, 13, 283-293.
- Smith, M. L., Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A. L., Corbin, J. (1990). *Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria*. *Qualitative Sociology*, 13, 3-21.
- Strauss, A. L., Corbin, J. (1991). Strauss, A. L., Corbin, J. (1991). *Basics of qualitative research*. Newbury Park - London - New Delhi: Sage.
- Ulich, D. (1987). *Krise und Entwicklung*. München - Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Winkler, M. I., Cáceres, C. Fernández, I., Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico. *Terapia Psicológica*, 11, 34-40.
- Wittmann, W. W., Matt, G. E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20-40.
- Zier, U. (1987). *Die Gewalt der Magie. Krankheit und Heilung in der kolumbianischen Volksmedizin*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.