

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

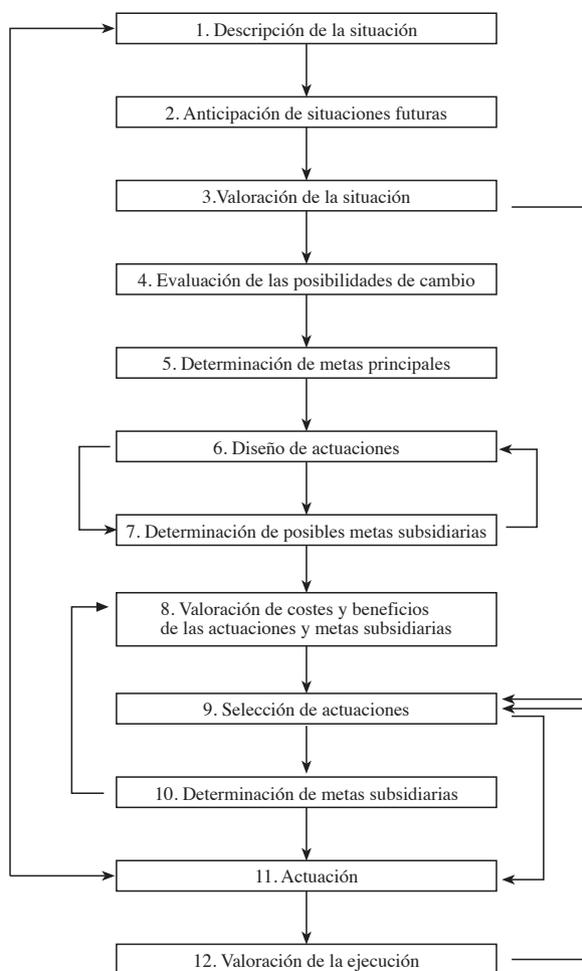


Figura 1. Etapas delegables en la realización de una actividad o la solución de un problema (reelaborado a partir de Ezama Coto et al., 2000)

Método

Participantes

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

Instrumento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Procedimiento

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

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

Variables

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

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

Análisis de datos

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

Tabla 1
Participantes

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

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

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

Resultados

Exhaustividad de la lista

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

Cantidad de tareas

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

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

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

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

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

Designación y prioridad de las tareas

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

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

Diferencias entre consultantes

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

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

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

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

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

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

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

La organización de las prioridades

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

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

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

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

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

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

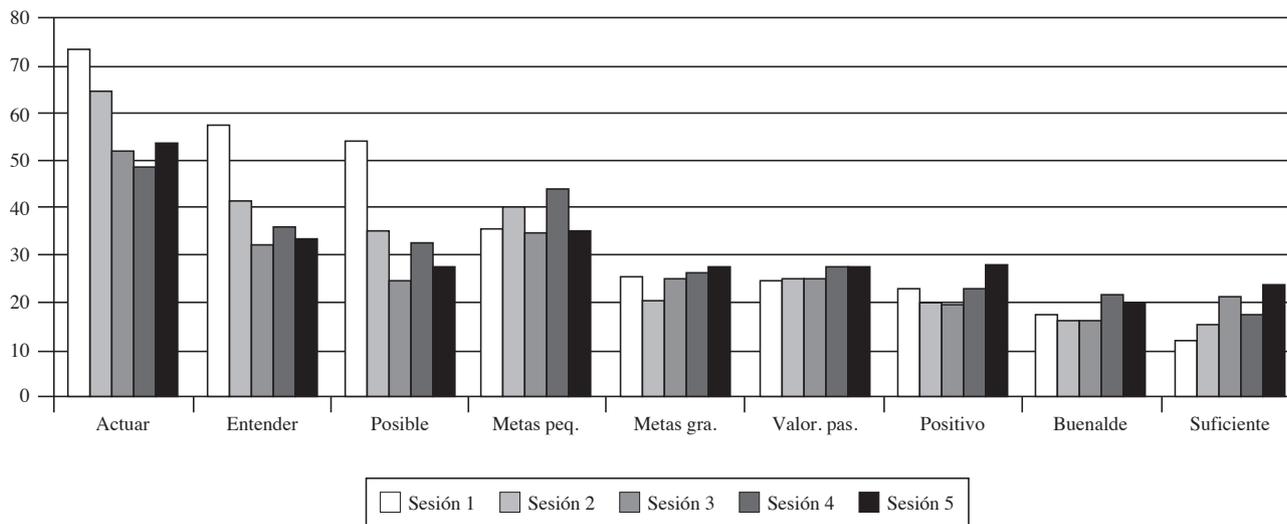


Figura 2. Porcentaje de elección de los diferentes tipos de ayuda en cada sesión terapéutica

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

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

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

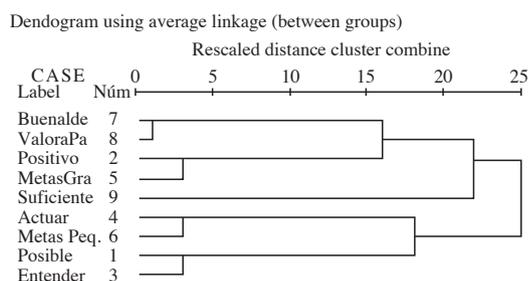


Figura 3. Análisis de conglomerados de los diferentes tipos de ayuda

Tabla 4

Correlaciones entre la prioridad asignada a los diferentes tipos de ayuda solicitada y las variables de progreso de la terapia

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

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

Progreso de la terapia y cambios en las tareas

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

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

Discusión y conclusiones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencias

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