

# LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

## THERAPEUTIC INTERVENTIONS FROM PATIENT'S PERSPECTIVE: A QUALITATIVE APPROACH

Olivera, Julieta<sup>1</sup> ; Juan, Santiago<sup>2</sup>; Roussos, Andrés J.<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** diferentes autores han presentado la necesidad de complementar investigaciones cuantitativas con otras de carácter cualitativo, que permitan profundizar sobre la experiencia subjetiva de los pacientes en sus tratamientos, y su relación con el cambio en psicoterapia.

**Objetivos y métodos:** con un diseño observacional, exploratorio-descriptivo, y un enfoque cualitativo de análisis, se realizaron 73 entrevistas semi-estructuradas a pacientes de psicoterapia. Se indagó la perspectiva de los pacientes respecto de las intervenciones llevadas a cabo por sus terapeutas. **Resultados y discusión:** se generaron tres áreas temáticas: 1) la percepción del formato de tratamiento ofrecido por el terapeuta al comienzo de la psicoterapia, 2) las intervenciones del terapeuta percibidas como directivas vs aquellas percibidas como receptivas y 3) la valoración del contenido y la forma en que se realizaron las intervenciones. Se discuten las implicancias de estos resultados para la práctica clínica, la investigación y el entrenamiento de terapeutas.

### Palabras clave:

Intervenciones - Investigación cualitativa - Perspectiva del paciente

### ABSTRACT

**Introduction:** Numerous psychotherapy researchers addressed the need to complement quantitative research with qualitative approaches, in order to reach a deeper understanding of patients' subjective experience of their treatment and its relationship with change in psychotherapy. **Objectives and methods:** 73 semi-structured interviews to subjects who had participated in a psychotherapeutic treatment terminated within 36 months prior to the date of interview were conducted. The aim of this observational and exploratory study was to inquire patients' perspective of the interventions carried out by their therapists. A qualitative approach, based on Hill et al. CQR (1997) was conducted to analyze the interviews. **Results and discussion:** Three thematic areas emerged as a result of the analysis: 1) the perception of the overview of the treatment done by the therapist at the beginning of psychotherapy, 2) indicative vs. receptive perceived interventions, and 3) participants' assessment of the content vs. the way in which interventions were made. Implications of these findings for clinical practice, research and training of therapists are discussed.

### Key words:

Interventions - Qualitative research - Patient's perspective

<sup>1</sup>Doctora en Psicología Universidad de Buenos Aires. Licenciada en Psicología Universidad de Belgrano. Becaria Posdoctoral CONICET. Jefe de Trabajos Prácticos de la materia Epistemología y Metodología de la Investigación en la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano. E-mail: julietaoliveraryberg@hotmail.com

<sup>2</sup>Doctor en Psicología Universidad de Buenos Aires. Ayudante de cátedra en la Cátedra de Psicología del Yo.

<sup>3</sup>Doctor en Psicología Universidad de Belgrano. Investigador Independiente del CONICET. Profesor regular de la cátedra Metodología de la Investigación de la Universidad de Buenos Aires.

### Introducción: objetivos y relevancia del estudio

Una vez finalizada su psicoterapia, y utilizando un enfoque cualitativo, este trabajo indagó la percepción de 73 pacientes sobre las intervenciones oportunamente empleadas por sus terapeutas tratantes. Este estudio forma parte de un programa de investigación más amplio, dirigido por el Dr. Andrés Roussos<sup>1</sup>, focalizado en la percepción del paciente y sus vínculos con el proceso y el cambio en psicoterapia.

Diferentes autores han presentado la necesidad de complementar investigaciones cuantitativas con otras de carácter cualitativo, que permitan profundizar sobre la experiencia subjetiva de los pacientes en sus tratamientos (Elliott, 2010; Olivera, Braun, Gómez Penedo y Roussos, 2013; Roussos, 2013; Ward, Wood y Awad, 2013). De esta manera, los estudios cualitativos focalizados en la percepción del paciente, buscan explorar los significados que éstos construyeron respecto de su psicoterapia.

Dentro de este marco, autores como Elliot (2010) destacan el valor de las características metodológicas de los estudios cualitativos orientados a indagar la percepción del paciente. El autor señala que los diseños observacionales permiten analizar tratamientos llevados a cabo fuera de instituciones de investigación. Al mismo tiempo, las entrevistas abiertas y semi-dirigidas dan lugar a que los participantes expresen sus opiniones y vivencias más allá de las hipótesis planteadas por los investigadores. Finalmente, el análisis cualitativo posibilita la emergencia de resultados que trascienden lo previsto. Elliot (2010) concluye que este tipo de dispositivos de investigación ofrece la posibilidad de acercarse a la manera en que los usuarios de psicoterapia viven subjetivamente sus procesos de tratamiento. Es en este sentido que el presente trabajo ha optado por una aproximación cualitativa.

Winkler y colaboradores (1993) enfatizan, a su vez, la necesidad de abordar aspectos relevantes de los tratamientos psicoterapéuticos desde la perspectiva del paciente (Winkler, Avendaño, Krause y Soto, 1993). Los autores sostienen que este abordaje permite obtener mayor información sobre la vivencia del paciente, representando así un aporte a los estudios de efectividad de los tratamientos.

Si bien en la literatura se encuentran algunas investigaciones que indagaron la experiencia general de los pacientes respecto de su proceso terapéutico (Binder, Hølgersen y Nielsen, 2010; Carey, et al., 2007; Klein y Elliott, 2006; Levitt, Butler y Hill, 2006; Olivera et al., 2013; Rayner, Thompson y Walsh, 2011); aún no se ha profundizado demasiado, de manera específica, sobre cómo los pacientes perciben las intervenciones terapéuticas (Winkler et al., 1993). De hecho, aunque existen trabajos en los cuales las acciones del terapeuta fueron percibidas como un facilitador de cambio por parte de los pacientes (Binder

et al., 2010; Jinks, 1999; Paulson Truscott y Stuart, 1999), todavía no se ha encontrado información sobre cuáles son las intervenciones más valoradas o repudiadas, ni los efectos de las mismas percibidos por quienes realizan psicoterapia.

En términos generales, se puede definir las intervenciones como toda comunicación verbal o no verbal, de carácter intencional y terapéutico, dirigida por el clínico hacia el paciente (Waizmann, Etchebarne, y Roussos, 2004). Cuáles deben utilizarse, en qué circunstancias y qué puede esperarse de las mismas es una de las temáticas de debate teórico y práctico más frecuente entre los clínicos y los investigadores (para una revisión ver: Juan, Etchebarne, Waizmann, Leibovich de Duarte y Roussos, 2009).

Ya desde los primeros esfuerzos empíricos de clasificación de intervenciones (reseñados, por ejemplo, en: Hill, 1992; Stiles, 1992) surgieron evidencias de modalidades específicas y comunes de intervenir en terapeutas de diferentes orientaciones. A su vez, trabajos con muestras y metodologías muy variadas (Ablon y Jones, 1998; Banon et al., 2013; Waizmann, Jurkowski y Roussos, 2006) mostraron que terapeutas cognitivos y psicoanalíticos utilizaban intervenciones específicas del otro marco teórico, generando un debate sobre la especificidad cierta de determinada orientación terapéutica. También un estudio realizado en nuestro país mostró cómo, en dos casos únicos, uno de terapia cognitiva y otro de terapia psicoanalítica, cada tratamiento estaba altamente impregnado de intervenciones comunes (Roussos, Waizmann y Etchebarne; 2010).

Este panorama complejo y heterogéneo sirve al presente estudio como punto de partida, a la hora de analizar la perspectiva del paciente sobre las intervenciones. En este sentido, cabe señalar que no se han encontrado antecedentes sobre investigaciones cualitativas que aborden la percepción del paciente, respecto de las técnicas empleadas por sus terapeutas. Así, el foco del presente trabajo no busca clasificar las intervenciones, sino abordarlas desde la perspectiva de su destinatario: el paciente.

Este interés por conocer la experiencia de los usuarios de la psicoterapia busca detectar algo novedoso que pueda brindar un sentido diferente al accionar del terapeuta, sumando incluso una visión nueva para el estudio mismo de las intervenciones. Además, se considera que el aporte de las entrevistas analizadas en el presente trabajo puede ser de gran interés para los clínicos, muchas veces interesados por el impacto que sus acciones tienen sobre los pacientes.

### Metodología

La presente investigación cuenta con un diseño exploratorio-descriptivo, observacional y cualitativo. Se realizaron 73 entrevistas semi-estructuradas a sujetos que participaron de un tratamiento psicoterapéutico y lo finalizaron dentro de los 36 meses anteriores a la fecha de la entrevista. El tipo de procedimientos realizados para conformar la muestra de este estudio fue de carácter selectivo o intencional, ya que cada participante fue intencionalmente

<sup>1</sup>Proyecto UBACyT 20020120100052 (Programación 2013-2016) *La percepción del paciente sobre el cambio en psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica, las intervenciones psicoterapéuticas y los resultados del tratamiento*. Res. N° 6932/13 (CS). Director del proyecto: Dr. Andrés J. Roussos. Co-directora: Dr. Adela Leibovich de Duarte.

seleccionado por sus posibilidades de ofrecer información sobre su percepción del proceso terapéutico. No se apuntó a establecer una muestra homogénea, como correspondería a la muestra de un estudio de carácter cuantitativo, sino que, para dar cuenta de la diversidad del fenómeno estudiado, se apuntó a captar heterogeneidad dentro de un marco poblacional.

**Muestra**

**Participantes.** Se invitó a participar de la investigación a 93 personas, sin embargo 20 de ellas no pudieron concretar un día y fecha para la entrevista, de manera que fueron 73 los sujetos participantes. Un 72,6% de los mismos eran mujeres, la mayoría solteros (50,7%) o casados (28,8%) y con estudios superiores completos (52%) o incompletos (34,2%). Sus edades presentaron un rango entre los 19 y 73 años con un promedio de 34 años de edad (M= 33,75; DE= 10,23). Con el fin de obtener más datos sobre su nivel socio-económico, se preguntó a los participantes sobre la cobertura médica con la que contaban. La mayoría adujo contar con medicina prepaga (56,2%); algunos pertenecían a obras sociales (39,7%) y sólo cuatro casos indicaron contar con la oferta estatal para sus consultas médicas. Estos datos se resumen en la tabla 1.

**Terapeutas.** Siguiendo la metodología de investigaciones anteriores (Binder, et al., 2010; Levitt, et al., 2006; Olivera et al., 2013), se entrevistó a personas que transitaban un tratamiento psicoterapéutico luego de haberlo finalizado, sin entrar en contacto con sus terapeutas. La decisión para hacerlo de este modo se basó en garantizar la independencia entre los investigadores y los terapeutas, e incluir en la muestra tratamientos no exitosos o en los cuales el vínculo entre paciente y terapeuta no se hubiera mantenido presente luego de finalizada la terapia. Por esta razón, la información con la que se cuenta de los terapeutas es la que pudieron brindar sus pacientes (ver Tabla 2).

El 74% de los terapeutas eran mujeres, la edad de los terapeutas estimada por sus pacientes variaba de los 25 a los 70 años (M= 48,77; DE= 10,98); y el 83,6% eran psicólogos. Un 9,6% de los participantes afirmó que sus terapeutas eran médicos psiquiatras y el 6,8% restante desconocía la profesión ejercida por sus terapeutas. En cuanto al marco teórico de referencia de los terapeutas, el 47,9% de sus pacientes lo desconocían. Entre aquellos que sí tenían conocimiento del mismo, 21 declararon que eran "psicoanalistas" de modo genérico (28,8% del total); 9 los identificaron como "psicoanalistas lacanianos" (12,3%); y 6 como "cognitivo-conductuales" (8,2%). A modo excepcional, 1 caso identificó su terapeuta como "sistémico" y 1 caso como "humanista".

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes (n=73)**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Género</b>		
Mujer	53	72,6%
Hombre	20	27,4%
<b>Edad</b>		
Entre 19 y 29 años	28	38,4%
Entre 30 y 39 años	29	39,7%
Entre 40 y 49 años	9	12,3%
Mayor a 50 años	7	9,6%
<b>Estado civil</b>		
Soltero	37	57,7%
Casado/cohabitante	21	28,8%
Separado/ divorciado	12	16,4%
Viudo y otros	3	4,1%
<b>Máximo nivel de estudios alcanzado</b>		
Primario completo	1	1,4%
Secundario incompleto	2	2,7%
Secundario completo	7	9,6%
Terc/Univ incompleto	25	34,2%
Terciario completo	6	8,2%
Universitario completo	32	43,8%
<b>Cantidad de tratamientos realizados previamente</b>		
0	14	19,2%
1	22	30,1%
2	13	17,8%
3	13	17,8%
4 o más	11	15,1%
<b>Cobertura Médica paciente</b>		
Provista por el Estado	3	4,1%
Obra Social	29	39,7%
Medicina Prepaga	41	56,2%

**Tabla 2. Datos sociodemográficos de los terapeutas. (n=73)**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Género</b>		
Mujer	54	74,0%
Hombre	19	26,0%
<b>Profesión</b>		
Psicólogo	61	83,6%
Psiquiatra	7	9,6%
No lo sabe	5	6,8%
<b>Orientación teórica estimada</b>		
Psicoanálisis	21	28,8%
Psicoa. Lacaniano	9	12,3%
Cognitivo-conductual	6	8,2%
Sistémica	1	1,4%
Humanista	1	1,4%
No lo sabe	35	47,9%

**Tratamientos.** Los pacientes entrevistados realizaron diferentes tipos de tratamiento, en tiempos que fueron desde las 5 sesiones hasta los 23 años de tratamiento (M= 32 meses; DE= 44 meses). Claramente se puede observar que la media estadística de duración no es representativa de la muestra por el alto grado de dispersión manifestado a través del desvío estándar. Por ese motivo, en la Tabla 3, donde se sintetizan los datos generales de los tratamientos estudiados, se segmentó la muestra en períodos de duración del tratamiento.

Los tratamientos realizados por los pacientes fueron, en todos los casos tratamientos individuales. La frecuencia de las sesiones variaba entre aquellos que asistían dos veces por semana, semanalmente o cada quince días (ver Tabla 3).

Los tratamientos indagados fueron realizados generalmente en el ámbito privado (84,9%), mientras que una pequeña proporción lo hizo dentro de un centro de psicoterapia (9,6%). En cuanto al modo de financiación, estos participantes abonaron el tratamiento de modo particular (71,2%) o a través de su obra social o medicina prepaga (23,2%). Una porción de los participantes realizó su tratamiento en un hospital público o centro de salud gratuito (5,5%).

**Tabla 3. Datos de los tratamientos psicoterapéuticos (n=73)**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Duración del tratamiento</b>		
Menos de 6 meses	15	20,5%
Entre 7 meses y 1 año	16	21,9%
Entre 13 meses y 2 años	18	24,7%
Entre 25 meses y 3 años	9	12,3%
Entre 37 meses y 4 años	4	5,5%
Más de 4 años	11	15,1%
<b>Frecuencia de las sesiones</b>		
2 veces por semana	9	12,3%
1 vez por semana	59	80,8%
Cada 15 días	2	2,7%
Otra frecuencia	3	4,1%
<b>Lugar en el que se llevó a cabo la terapia</b>		
Hospital Público	4	5,5%
Centro de Psicoterapia	7	9,6%
Consultorio privado	62	84,9%
<b>Tipo de prestación de servicios (financiación)</b>		
Gratuito	4	5,5%
Obra Social/Prepaga	17	23,2%
Particular	52	71,2%

## Materiales

Se utilizó un protocolo de entrevista semi-dirigida que fue elaborado en un proceso de tres etapas. Se realizó una primera guía de preguntas que se evaluó en la realización de tres entrevistas a modo de prueba piloto. Luego se realizó una segunda guía semi-estructurada que se implementó con 17 personas que habían realizado un tratamiento psicoterapéutico. Por último, se evaluaron las fortalezas y deficiencias de dicho instrumento, con el fin de elaborar un protocolo de preguntas abiertas definitivo: la "Entrevista sobre la perspectiva del paciente de psicoterapia" (Olivera, Braun y Roussos, 2013), utilizado con los 73 casos que se presentan en esta investigación.

Las preguntas guía de la entrevista apuntaban a indagar diferentes aspectos de la experiencia en la terapia. Uno de los temas abordados, foco del presente estudio, fueron las intervenciones de los terapeutas y la participación del paciente durante el tratamiento. Dentro de las preguntas realizadas para analizar estos aspectos, inicialmente se indagaba sobre lo que hacía el terapeuta y luego se indagaba el impacto que dichas acciones tenían sobre la terapia. Los entrevistadores tenían la indicación de profundizar las respuestas de los participantes, pidiendo mayor elaboración o ejemplos sobre los dichos expresados.

## Procedimientos

Los participantes fueron convocados a través de un muestreo de bola de nieve, en el cual se partió de personas conocidas por los investigadores que, a su vez, luego favorecieron el contacto con otros posibles participantes. Dado el carácter cualitativo del estudio, se completó el número de entrevistados cuando se llegó a un grado de saturación de las respuestas.

Para la conducción de las entrevistas se entrenó un grupo de 7 psicólogos con experiencia en investigación. Como medida de control adicional, las primeras 20 entrevistas fueron realizadas por 2 entrevistadores de manera simultánea, rotando la composición de las parejas en cada caso. El primer contacto con los participantes se realizó de manera telefónica o vía correo electrónico. Luego se pactaba un día y horario para la entrevista. Antes de iniciarla, se reiteraba la explicación sobre los objetivos de la misma, así como también se aclaraba a los participantes el carácter voluntario de su participación y la posibilidad de negarse a responder cualquier pregunta. Para completar la fase de información, se les otorgó un consentimiento informado, junto con el ofrecimiento de evacuar cualquier inquietud sobre su participación en la investigación.

Las entrevistas se realizaron sin complicaciones. Todos los participantes expusieron sus impresiones sobre el tratamiento realizado. Para el presente estudio, se focalizó en las impresiones vinculadas con las intervenciones de los terapeutas y su impacto en el proceso. Las entrevistas luego fueron transcritas para su análisis.

### **Análisis de datos**

El análisis de datos fue conducido siguiendo los criterios del método de investigación cualitativa consensual (CQR, por su sigla en inglés), generado por Hill, Nutt-Williams y Thompson (1997). Dicha metodología consiste en una secuencia de tres pasos, en los cuales el consenso cumple un rol fundamental para evitar el sesgo del investigador (para una síntesis en castellano del modelo CQR ver: Juan, Gómez Penedo, Etchebarne y Roussos, 2011). De acuerdo con los pasos propuestos originalmente por los desarrolladores del CQR, se partió de una sub-muestra al azar de ocho casos. Cuatro investigadores llevaron a cabo el procedimiento de análisis de datos, dos de ellas psicólogas con experiencia en investigación y en esta metodología de análisis cualitativa; y otros dos estudiantes avanzados de la carrera de psicología. Tres de los integrantes del grupo de análisis conformaron el grupo primario de análisis, mientras que la cuarta (primera autora) ofició de auditora.

En primer lugar se segmentaron las entrevistas en áreas temáticas (llamadas "dominios"), en las cuales se incluyó todo el material referido a un aspecto en particular del tratamiento terapéutico (por ejemplo: intervenciones). Las entrevistas fueron segmentadas individualmente por los integrantes del grupo primario, que luego se reunieron y discutieron sobre los dominios encontrados hasta arribar a una versión consensuada de los mismos. Dicha versión fue revisada por la auditora, y consensuada luego con el grupo primario. En los casos en que se propusieron modificaciones al listado de dominios inicial, se realizó una revisión del material ya analizado para incorporar las modificaciones en los casos pertinentes. Dominios amplios fueron eventualmente divididos en sub-dominios para captar mejor la naturaleza de la información analizada.

Luego, el grupo primario tomó los fragmentos de las entrevistas incluidos en cada dominio y extrajeron las "ideas nucleares" encontradas en los mismos. Dicho proceso consistió en la lectura de un párrafo u oración, transformando alocuciones complejas de cada participante en una serie de oraciones simples, respetando el sentido y las palabras del entrevistado. Este procedimiento también fue realizado en primer lugar en forma individual, luego consensuado por el grupo primario, auditado por la auditora y, por último revisado por completo a la luz de las modificaciones decididas.

El tercer y último paso propuesto por la metodología CQR implicó agrupar las ideas nucleares de diferentes participantes en categorías comunes que contasen con un grado mayor de abstracción. En otras palabras, ideas nucleares similares de diferentes participantes fueron agrupadas en categorías. Este paso también consistió en un momento de trabajo individual, un consenso del grupo primario y una auditoría. Al igual que con los dominios, se incluyeron sub-categorías dentro de las categorías amplias, con el fin de apreciar mejor la riqueza del material. Este trabajo intensivo sobre las primeras ocho entrevistas permitió generar una estructura básica de dominios, sub-dominios, categorías y sub-categorías, que luego fue aplicada al resto del material (las restantes 65 entrevistas).

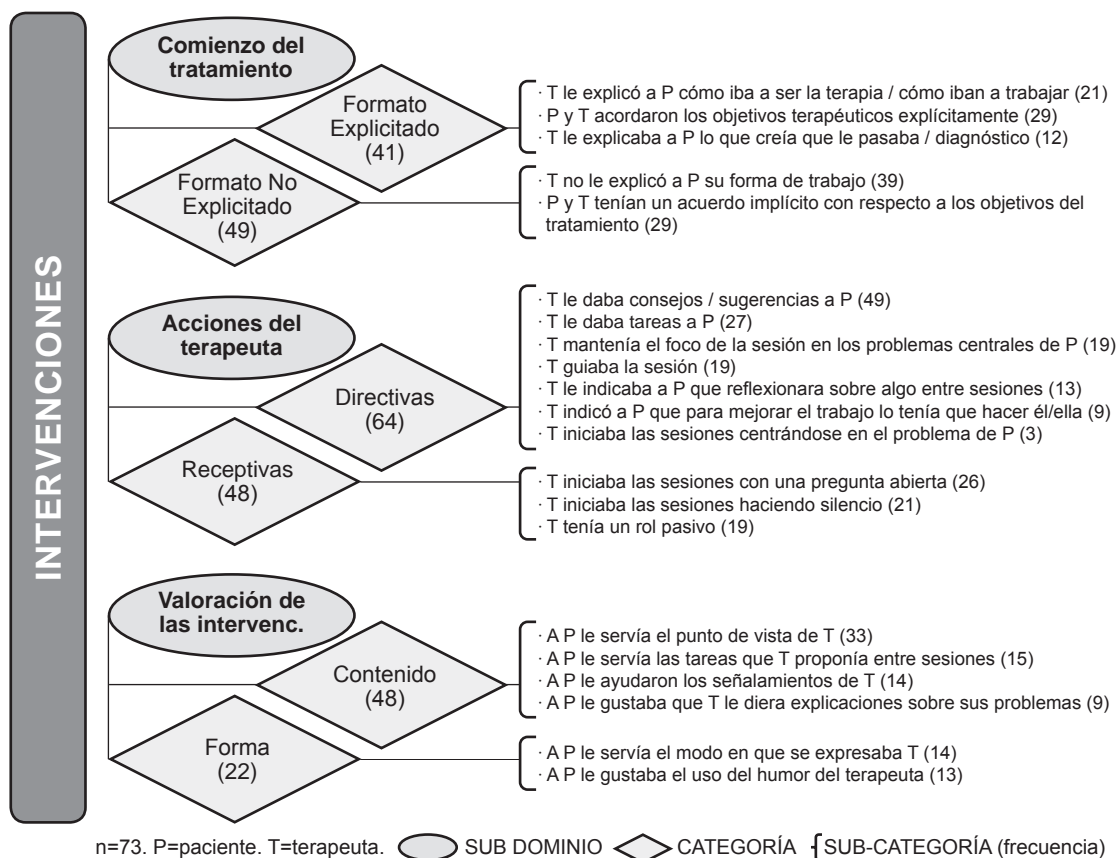
Este proceso se realizó considerando la posibilidad de nueva información que obligara a revisar el análisis cualitativo de los datos.

Para el presente estudio, sólo se tomó en cuenta el material incluido en el dominio "intervenciones". Se incluyeron sub-dominios, correspondientes a aspectos específicos de la percepción de los participantes sobre las intervenciones. Cada sub-dominio incluyó dos categorías amplias, dentro de las cuales se incluyeron, a su vez, una serie de sub-categorías.

### **Resultados**

Luego del análisis realizado, el dominio "intervenciones" se organizó en 3 sub-dominios, a saber: 1) "comienzo del tratamiento", 2) "acciones del terapeuta", y 3) "valoración de las intervenciones". Dentro de cada sub-dominio, a su vez, se generaron categorías y sub-categorías. En la figura 1 se pueden observar los 3 sub-dominios dentro del dominio "intervenciones", con las categorías y sub-categorías generadas. La figura 1 también incluye las frecuencias de las categorías, es decir, la cantidad de participantes cuyas ideas nucleares fueron incluidas en cada categoría durante el análisis cualitativo del material. Nota: las frecuencias de las categorías no se conforman de la suma de las frecuencias de las sub-categorías, porque un mismo participante pudo haber realizado comentarios en más de una sub-categoría.

En lo que sigue, se organizarán los resultados (y su posterior discusión) en base a la estructura de sub-dominios, categorías y sub-categorías ilustrada en la Figura 1. Además, para una mejor comprensión de los datos, se ilustrarán los hallazgos cualitativos con citas textuales de los participantes entrevistados.



### Las intervenciones y el comienzo del tratamiento

El sub-dominio “comienzo del tratamiento”, ilustra las categorías que hacían referencia a ese momento de la terapia. Como puede apreciarse en la Figura 1, surgieron dos grupos claramente diferenciados: la percepción de un formato de trabajo explicitado por el terapeuta y la percepción de un formato de trabajo no explicitado.

Así, por un lado, muchos participantes mencionaron que el terapeuta se había referido explícitamente a su forma de trabajar, al diagnóstico del paciente o que se habían acordado objetivos del tratamiento de manera explícita. En todos estos casos fue valorado de manera positiva como una integración del paciente al plan de tratamiento.

*“Me sirvió primero porque desde la primera entrevista me plantearon que había un principio, un desarrollo y un final. Y que se iba a trabajar un problema o los problemas que yo crea que me podía ayudar a solucionar y punto.” (E1)*

*“Me dijo cómo ella trabajaba, me planteó algunas cuestiones, que yo me tenía que sentir cómoda con su estilo y ella también, que la elección era mutua, el paciente elige al terapeuta y viceversa, que ella iba a ir acotando a medida que yo fuera planteando las cosas, pero que ella no iba a plantear titulares “bueno, hoy trabajamos sobre esto”. Eso me lo dejó en claro”. (E48)*

El otro grupo incluyó a quienes manifestaron que el terapeuta no explicitaba su modo de trabajar; aunque sin embargo consideraron que lo fueron comprendiendo durante la propia dinámica. De la misma manera, otros participantes sostuvieron que no habían acordado de manera explícita los objetivos a cumplir con su terapeuta, pero que sentían que existía un acuerdo implícito entre ellos, a partir del cual la dirección del tratamiento había sido compartida.

*“Sentía que íbamos las dos hacia el mismo lado. Que yo podía, por más de que ella no me los pida, plantear mis objetivos o los temas a tratar y que ella acompañaba en que trabajemos sobre esos temas.” (E28)*

### Las acciones del terapeuta

El sub-dominio “acciones del terapeuta”, refleja las categorías que hacían referencia al tipo de intervenciones empleadas por el clínico, siempre desde la perspectiva del paciente.

Dado que los participantes de la muestra, en su mayoría, no tenían conocimientos de psicoterapia, al hablar de intervenciones de sus terapeutas no se expresaron con lenguaje técnico, sino que se refirieron a las acciones del terapeuta con vocabulario sencillo.

En algunos casos, los pacientes describieron intervenciones que podían ser identificadas como claramente cognitivo-conductuales o psicoanalíticas. Así es que algunos pacientes dieron cuenta de una interpretación, o mencio-

naron la realización de un registro de emociones, casos en los que la orientación teórica a la que pertenecían esas intervenciones resultaba bastante evidente. Sin embargo, las intervenciones a las que usualmente hicieron referencia los participantes no eran exclusivas de un marco teórico en particular, sino que podían encontrarse, con distinta casuística, en varios de ellos. Por ejemplo, muchos participantes plantearon que sus terapeutas recapitulaban temas de sesiones anteriores; resaltaban frases dichas por el paciente; o señalaban un patrón de comportamiento.

*“Si yo no traía un tema mi terapeuta por ahí me hacía una pregunta de la sesión anterior”. (E34)*

*“Mi terapeuta me dijo que con la misma intensidad con la que yo quiero controlar todo, cuando me ‘zafo’ no puedo parar. Hizo muchas intervenciones en relación a esto”. (E9)*

Tomando en cuenta esta situación, y tal cual muestra la Figura 1, se categorizó la información en dos direcciones: por una parte, intervenciones percibidas como “directivas” y, por otra parte, intervenciones percibidas como “receptivas” por parte de los pacientes.

Cuando algunas de las acciones referidas por los participantes presentaban indicaciones o sugerencias del terapeuta, se agruparon como acciones “directivas”. Entre éstas, la más mencionada incluyó consejos o sugerencias por parte del terapeuta. Actividades como tareas para el hogar, o el pedido explícito de reflexionar sobre un tema abordado en la sesión, también formaron parte de este grupo.

*“Me hizo llevar un registro de código de emociones donde tenía que anotar la situación, como me sentía que había pensado y como había tratado de resolverlo. (...) Además de eso me hizo ir un día sin maquillaje a la sesión, porque a mí me costaba mucho salir sin maquillaje. Me lo dijo para que me acostumbrara a hacer esas cosas y viera que no eran tan terrible como yo pensaba.” (E19)*

Con menor representación, se observaron casos en los que el terapeuta incluía de manera explícita a su paciente en las tareas del tratamiento, aclarándole que los cambios podían lograrse si éste trabajaba en ellos:

*“Me lo aclaró muy bien eso, pero que iba a necesitar de toda mi predisposición y mi actividad. Es como que ‘vos vas a tener que trabajar, no es que el trabajo vengo y lo hago yo, necesito que trabajes, probablemente te dé tareas porque es el estilo que suelo utilizar’. O sea que mi participación activa era fundamental, y si yo no estaba dispuesta a tener una participación activa en el proceso, no iba a funcionar”. (E43)*

De manera opuesta, un grupo de participantes hablaron de una actitud “receptiva” por parte del terapeuta, en el sentido en que éste esperaba el aporte del paciente para el desarrollo de la sesión. Un ejemplo de estas acciones pudo apreciarse cuando el terapeuta comenzaba la sesión con una pregunta abierta, ya sea *¿Cómo estás hoy?*

*¿Qué tal la semana?* Este modo de comenzar las sesiones no era apreciado de manera negativa en sí mismo, sino cuando el participante percibía poca acción por parte del terapeuta a lo largo de toda la sesión:

*“Él se sentaba ahí y yo acá, y hablaba. Y había momentos de silencio, si yo no hablaba él se quedaba callado y eso por ahí mí me hubiera gustado que me dijera algo, que me llevara a algún lado, pero que me tirara una herramienta, no ese silencio que me molestaba...” (E7)*

*“Porque ella no hablaba casi nada. Entonces yo terminaba una oración, y decía ‘bueno listo’, y ella se quedaba mirándome, un rato largo...” (E8)*

### Valoración de las intervenciones

Otro de los aspectos analizados fue la forma en la que los pacientes valoraban el accionar clínicos de sus terapeutas. Esta tercera dimensión se organizó en un tercer subdominio “valoración de las intervenciones” (ver Figura 1). En este sentido, los participantes hicieron referencia explícita a algunas intervenciones que valoraron especialmente (fenómeno categorizado como “contenido”); o a la manera en que el terapeuta presentaba dichas intervenciones (fenómeno categorizado como “forma”).

En el primer grupo, surgió principalmente el aporte que la visión del terapeuta les generaba, seguida por las tareas, los señalamientos y las explicaciones que el terapeuta daba a sus problemas:

*“Para mí lo que más me ayudó fue la psicoeducación. Y el marcarme todo el tiempo esto de la psicoeducación con la experiencia, el interjuego permanente entre lo que me pasaba y yo le contaba, con que ella me explicara cómo funcionaba el paciente ansioso. Y tareas que me mandó a hacer como reorganizar esa agenda. O sea que fue psicoeducación y prescripciones.” (E18)*

*“Fue un apuntalamiento constante de mi terapeuta, de repetición, de seguir siempre con las mismas historias” (E25)*

En cuanto a la “forma” en que el terapeuta presentaba sus intervenciones, la modalidad que se destacó por sobre el resto fue el uso del humor.

*“Lo que me sirvió mucho de ella es que tiene muy buen humor y por ahí yo venía cargada con algo y ella ‘bueno a desdramatizar un poco’, y eso a mí me sirvió un montón porque hoy en día yo soy así y eso lo aprendí de ella de alguna manera”. (E67)*

### Discusión

Al igual que con la presentación de los resultados, la discusión se organizó siguiendo la estructura de subdominios ilustrada en la Figura 1, para luego realizar una síntesis final.

En relación con el formato percibido de presentación del tratamiento, algunos participantes valoraron positivamente la explicitación inicial de la manera de trabajo de sus

terapeutas, mientras que otros se sintieron cómodos con una modalidad más indirecta (implícita) de iniciar la psicoterapia. Como punto en común entre ambos grupos, se observó la importancia que le dan los pacientes a sentirse integrados al tratamiento y acordar los modos de proceder tanto del terapeuta como del paciente.

Como primera conclusión derivada de estos datos, podría conjeturarse que no es siempre necesario explicitar la manera de trabajo con el paciente, siempre y cuando éste se sienta involucrado con el tratamiento y en consonancia con los objetivos del terapeuta. Dado que diferentes abordajes terapéuticos presentan divergencias respecto de cómo comenzar un tratamiento (ver, por ejemplo: Feixas y Miró, 1993; Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008; Kris, 1985), estos resultados son un punto de partida para continuar indagando la percepción del paciente de estas modalidades en función a los diferentes marcos teóricos. Yendo al tipo de intervenciones percibidas, los resultados obtenidos parecen indicar que resulta algo difícil para los pacientes identificar intervenciones en sus terapeutas. Así, mientras que para los clínicos muchas intervenciones cuentan con una intención determinada, y hasta pueden ser previamente planificadas sobre la base de una teoría que las justifica, los participantes de este estudio tendieron mayoritariamente a responder “escuchaba” o “hablaba”, al momento de explicar las acciones de sus terapeutas tratantes. Esto marca una división de perspectiva respecto de las intervenciones que podría estar vinculada con el cambio en los tratamientos, tema que necesita seguir siendo indagado en estudios posteriores.

En relación con lo anterior, aquí cabe agregar que la gran mayoría de los participantes no pudo identificar la orientación teórica de su terapeuta. Este hecho nos lleva a conjeturar sobre cómo los terapeutas locales están o no explicitando hacia sus pacientes la forma en la que trabajan, los modelos de tratamiento que emplean y la estrategia global de abordaje que ofrecen. Futuros estudios podrán indagar qué parte del desconocimiento observado sobre la orientación del clínico atañe a los pacientes o a los propios terapeutas, y cómo este fenómeno puede vincularse o no con la percepción del cambio en psicoterapia.

En general, las actitudes más directivas de los terapeutas no resultaron invasivas o de carácter obligatorio, sino que se interpretaron como alternativas a lo que el paciente tendía a pensar o decir. Por el contrario, actitudes interpretadas por los pacientes como “pasivas” sí fueron apreciadas negativamente, sobre todo cuando marcaron una tendencia en todo el tratamiento. Estos resultados se vinculan con un tema en debate dentro de la psicología clínica, referido a cuál es el correcto balance entre escucha e intervenciones por parte del terapeuta (ver por ejemplo, Fiorini, 1973; García y Fernández Álvarez, 2007). La perspectiva de los pacientes analizada en este estudio parece indicar una preferencia por actitudes receptivas al inicio de la sesión, pero que también incluyan momentos más proactivos a lo largo del tratamiento.

Como implicancia para el entrenamiento clínico, estos resultados sugieren la importancia para aquellos terapeutas que elijan un camino más receptivo de estar alertas a

cualquier interpretación de inactividad que los pacientes puedan hacer a su estrategia. Este monitoreo podría contribuir a evitar un desgaste del vínculo terapéutico o un abandono temprano del tratamiento.

De todas formas, los datos obtenidos también muestran actitudes receptivas de los terapeutas percibidas como beneficiosas. Resulta claro que bajo una misma categoría se encontraron percepciones y valoraciones casi opuestas respecto de la “pasividad” del terapeuta. También reconocemos que existe cierta superposición entre las actitudes directivas y lo que hace a un estilo terapéutico comprometido con el paciente, que puede o no ser directivo. Esto último cobra aún más valor teniendo en cuenta la importancia atribuida por los participantes del estudio al compromiso con su tarea percibido en el terapeuta. Así, la discriminación, dentro de un proceso terapéutico, entre actitudes pasivas benéficas y actitudes pasivas potencialmente iatrogénicas, constituye otra línea de investigación a desarrollar.

El brindar un punto de vista diferente, solicitar tareas y efectuar señalamientos fueron los tipos de intervenciones más destacadas por parte de los pacientes entrevistados. Sin embargo, se observó que no sólo destacaron dichos y propuestas de sus terapeutas, es decir, el contenido de las intervenciones, sino que también hicieron referencia al modo en el que se expresaban. La perspectiva del paciente parece indicar aquí que los terapeutas debieran atender no sólo al contenido de sus intervenciones, sino también a sus tonos de voz, el momento en el que se realiza una indicación o señalamiento, y el carácter que se le da al mismo. Además, los pacientes entrevistados valoraron especialmente el uso del humor durante el tratamiento. Estos datos apoyan la hipótesis de que sería interesante explorar la utilización del humor en sesión, sobre todo para aquellos clínicos que no suelen incorporarlo en sus tratamientos.

En suma, los pacientes mostraron preferencia por terapeutas que los involucraron en el tratamiento, que se mostraron activos y que realizaron intervenciones no sólo interesantes por su contenido sino también por la forma en que fueron expresadas.

El trabajo aquí descripto constituye un primer esfuerzo en pos de indagar la experiencia fenomenológica de los pacientes frente a las intervenciones de sus terapeutas, buscando revalorizar esta voz al momento de ponderar las variables del proceso psicoterapéutico. El valor exploratorio y descriptivo del presente trabajo cobra mayor importancia si se tiene en cuenta que no fue posible encontrar investigaciones previas que hubieran abordado las intervenciones mediante entrevistas cualitativas, haciendo eje en la perspectiva del paciente.

Teniendo en cuenta el proyecto que enmarca este estudio, futuras investigaciones podrán continuar la exploración de la perspectiva del paciente respecto a las intervenciones, focalizando en los vínculos que se presentan con la relación terapéutica y los resultados del tratamiento.



## REFERENCIAS

- Ablon, J., y Jones, E. (1998). How Expert Clinicians' Prototypes of an Ideal Treatment Correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71–83. doi:10.1080/10503309812331332207
- Banon, E., Perry, J.C., Semeniuk, T., Bond, M., De Roten, Y., Hersoug, A.G., y Despland, J.N. (2013). Therapist interventions using the Psychodynamic Interventions Rating Scale (PIRS) in dynamic therapy, psychoanalysis and CBT. *Psychotherapy Research*, 23(2), 121-136.
- Binder, P., Holgersen, H., y Nielsen, G. H. (2010). What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research*, 20(3), 285–294.
- Carey, T. a., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R. J., Murray, L. K., y Spratt, M. B. (2007). Psychological change from the inside looking out: A qualitative investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(3), 178–187.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123–35.
- Feixas, G.; Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona. Paidós.
- Fiorini, H. (1973). *Teoría y técnica en psicoterapias*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- García, F., y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta: Una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XVI(2), 121-128
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona, Herder.
- Hill, C. E. (1992). An overview of four measures developed to test de Hill Process Model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions and client behaviors. *Journal of Counseling and Development*. 70, 728-739.
- Hill, C. E., Nutt Williams, E. y Thompson, B. J. (1997). A Rejoinder to Stiles's, Hoshmand's, and Tinsley's Comments About "A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research". *The Counseling Psychologist*, 25(4), 606-614.
- Jinks, G. G. H. (1999). Intentionality and awareness: A qualitative study of clients' perceptions of change during long term counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 12(1), 57–71.
- Juan, S., Etchebarne, I., Waizmann, V., Leibovich de Duarte, A. y Roussos, A. (2009). El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta. *Anuario de Investigaciones*, Vol. XVI, Tomo I, Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. 43-51
- Juan, S., Gómez Penedo, J.M., Etchebarne, I. y Roussos, A. J. (2012). El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): Una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. *Anuario de investigaciones*. Facultad de Psicología – UBA, Vol. XVIII, Tomo I, pp. 47-56.
- Klein, M. J., y Elliott, R. (2006). Client accounts of personal change in process—experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research*, 16(1), 91–105. <http://doi.org/10.1080/10503300500090993>
- Kris, J. (1985). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Levitt, H., Butler, M., y Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314–324. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.314>
- Olivera, J., Braun, M., Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy*, 50(4), 505–516.
- Olivera, J., Braun, M., & Roussos, A. (2013). *Entrevista sobre la perspectiva del paciente de psicoterapia*. Manuscrito sin publicar.
- Paulson, B. L., Truscott, D., y Stuart, J. (1999). Clients' perceptions of helpful experiences in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 317–324.
- Rayner, K., Thompson, A. R., y Walsh, S. (2011). Clients' experience of the process of change in cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy*, 84(3), 299–313.
- Roussos, A. (2013). Introduction to special section on clients' perspective of change in psychotherapy. *Psychotherapy* 50(4), 503–4. <http://doi.org/10.1037/a0033847>
- Roussos, A., Waizmann, V. y Etchebarne, I. (2010). Common interventions in two single cases of cognitive and psychoanalytic psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 20, No. 3, 327–346.
- Stiles, W.B. (1992) *Describing Talk: A Taxonomy of Verbal Response Modes*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Waizmann, V., Etchebarne, I. y Roussos, A. (2004). La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 12(3) 233-244.
- Waizmann, V., Jurkowski, L. y Roussos, A. (2006). Descripción de las intervenciones elegidas por psicoterapeutas psicoanalíticos y cognitivos. *Anuario de Investigaciones*, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones. 14, 41-48.
- Ward, A., Wood, B., y Awal, M. (2013). A Naturalistic Psychodynamic Psychotherapy Study: Evaluating Outcome with a Patient Perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 29(3), 292–314.
- Winkler, M. I., Avendaño, C., Krause, M., & Soto, Á. (1993). El Cambio Psicológico desde la Perspectiva de los Consultantes. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 7–19.

Fecha de recepción: 30 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 23 de septiembre de 2016