

La relación terapéutica en Terapia Cognitiva

Beatriz Gómez (*)

“Paciente y terapeuta son componentes de un equipo cuyo fin es aliviar el sufrimiento.”

H. Fernández-Álvarez

“El tratamiento es el modo en que nos *tratamos* los unos a los otros.”

R.D. Laing

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia no se podría concebir sin el establecimiento de una relación entre paciente y terapeuta (Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella y García, 2009). La relación terapéutica es el canal a través del cual transcurre la psicoterapia y por lo tanto es la condición de posibilidad del tratamiento. En uno de los trabajos de investigación más citados en este tema, Lambert (1992) halló que los factores comunes, dentro de los cuales la relación terapéutica es uno de los principales, explican aproximadamente el 30% de la mejoría del paciente.

Dentro del marco de la relación terapéutica se ha prestado especial atención al concepto de alianza terapéutica utilizado por primera vez por Greenson (1967). Posteriormente Bordin (1979, 1994) desarrolló una reformulación transteórica de la alianza terapéutica y la conceptualizó como consistente en tres componentes interdependientes: acuerdo en las tareas, acuerdo en las metas y vínculo positivo. La fortaleza de la alianza depende del grado de acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las metas y tareas terapéuticas y de la calidad del vínculo entre ambos. La alianza terapéutica es por lo tanto multidimensional por naturaleza y su calidad varía en función de una compleja interdependiente y fluctuante matriz que abarca los tres componentes. Los hallazgos de la investigación establecieron que la alianza terapéutica es el mejor predictor de los resultados en psicoterapia (Horvath & Bedi, 2002). Esto apoya la visión de que los terapeutas que son empáticos, congruentes y muestran aceptación por sus pacientes, son más capaces de negociar las tareas y objetivos de la terapia y desarrollan un vínculo terapéutico más positivo (Watson & Geller, 2005).

La relación paciente-terapeuta es por lo tanto un elemento fundamental de la psicoterapia. Aunque la evolución de los tratamientos produjo importantes avances en las técnicas utilizadas, el vínculo es decisivo en cuanto a los resultados que pueden lograrse. Sin embargo también es cierto que no basta una cálida y afectuosa relación terapéutica para que se cumplan los fines de la terapia. Pues, a pesar de sus efectos intrínsecamente benéficos, puede alimentar una ilusión antes que acercar una solución real al problema planteado (Fernández-Álvarez, 1999). La clave es establecer en qué consiste una *buena* relación terapéutica. ¿Que aporta la terapia cognitiva en este sentido? Será conveniente partir de una caracterización de la Terapia Cognitiva, que está constituida en la actualidad por un amplio y variado espectro de abordajes, que comparten algunas notas distintivas.

QUÉ ES LA TERAPIA COGNITIVA

La Terapia Cognitiva se funda en la concepción según la cual la actividad específica del ser humano depende de que posea un sistema mental. “La mente es un sistema procesal que tiene la propiedad de permitirle al ser humano organizar su despliegue vital y sus conductas en la forma de una experiencia, lo que implica establecer su posición en el mundo por medio de una intensa y complejísima labor gnoseológica. El ser humano opera como un experto que investiga la realidad con el ánimo de encontrar la mejor manera de situarse en ella y llevar a cabo el cumplimiento de algún proyecto personal. En un sentido amplio, la mente es un órgano de conocimiento que se despliega frente a las cambiantes condiciones que rodean la existencia. Es así que la mente cumple una tarea eminentemente cognitiva” (Fernández-Álvarez, 2003, p.237).

Todas las cogniciones implican operaciones que expresan modos de procesar o maneras de concebir la realidad, tales como pensar, sentir, desear y juzgar, verbos que definen los procesos que remiten a las intenciones o preparan para la ejecución de las acciones. Las cogniciones están organizadas en esquemas mentales, que forman la trama sobre la que se apoya tanto la conducta como la orientación de las relaciones interpersonales. En síntesis, la mente está constituida por una actividad procesal a través de la cual cada persona se autoorganiza al mismo tiempo que se constituye como un sujeto transformador de la realidad (Fernández-Álvarez, 2008).

Según Beck (1979), la terapia cognitiva es un tipo de psicoterapia basada en un modelo de los trastornos psicológicos, que sostiene que la experiencia de las personas se

organiza en términos de significados. Los significados dan sentido a la vida actual, al pasado y a las expectativas futuras. Observa que en los trastornos emocionales la estructura de las experiencias de los individuos determina sus sentimientos y conductas perturbadas.

La Terapia Cognitiva consiste por lo tanto en un proceso destinado a promover cambios en el sistema mental, toda vez que su funcionamiento da lugar a un padecimiento psicológico persistente, para el que las personas no encuentran un sentido en el mapa de su universo de significación personal. El tratamiento está destinado a la búsqueda de alternativas en la organización de la información que resulten más satisfactorias para el desarrollo del plan de vida. Es así que los tratamientos pueden ser muy breves, intermedios y prolongados en su duración y variar significativamente en el grado de complejidad necesario. Adoptan formatos individuales, vinculares, familiares o grupales dependiendo de los objetivos que se establecen y la identificación de los caminos más adecuados para lograrlos.

Los principios genéricos de la terapia cognitiva pueden sintetizarse en (Fernández-Álvarez, 1999):

- 1) El objetivo central de la terapia es la promoción de cambios cognitivos (cambios en las ideas, en las emociones y en las evaluaciones).
- 2) Todo tratamiento debe estar diseñado de acuerdo con el principio de promover la menor cantidad de cambios necesarios para alcanzar los objetivos deseados.
- 3) Las metas a alcanzar deben estar ordenadas gradualmente de menor a mayor grado de complejidad.
- 4) La terapia utiliza un procedimiento que se ajusta a la forma del método socrático.
- 5) El terapeuta cumple, frecuentemente, un rol activo en relación con los cambios que se buscan.
- 6) El proceso terapéutico requiere de una activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.
- 7) El tratamiento incluye, habitualmente, tareas intersesión.

El núcleo de las intervenciones se basa en el desarrollo de estrategias conducentes a la resignificación y a la reestructuración cognitiva. Los cambios surgen de un diálogo con el paciente, ya que el tratamiento se apoya en la premisa de que las alternativas más favorables de procesamiento forman parte del universo mental del paciente y el terapeuta lo asiste en el proceso de descubrirlas y volverlas disponibles para la acción. (Fernández-Álvarez, 2003, 2006).

APORTES DE LA TERAPIA COGNITIVA

EL DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LA RELACION TERAPEUTICA

En primer lugar es importante señalar que el modelo cognitivo apoya los hallazgos previos a su surgimiento respecto del lugar central que ocupa la relación terapéutica en el proceso y los resultados terapéuticos.

En un primer momento, uno de los desarrollos de la terapia cognitiva, el modelo cognitivo – comportamental que enfatizaba las habilidades técnicas, puso menor énfasis en la calidad de la relación terapéutica en comparación con otros abordajes (Safran & Wallner, 1991). Sin embargo, tuvo lugar un cambio muy significativo en este énfasis; a través del desarrollo del modelo y los resultados de la investigación, se fue poniendo el foco en la relación terapéutica de manera más sistemática. Actualmente es un componente central y ha recibido un tratamiento específico dentro de esta orientación. La sola adherencia a técnicas ha probado ser insuficiente para asegurar buenos resultados, y se ha comprobado que una terapia competente requiere que los pacientes perciban a sus terapeutas como empáticos y con una actitud no crítica y congruente. En un estudio llevado a cabo por Watson y Geller (2005), se examinaron las diferencias en las percepciones de los pacientes sobre algunas características de la relación: empatía, aceptación, consideración positiva y congruencia en dos modalidades de terapia: Terapia Comportamental - Cognitiva (CBT) y Terapia Procesal – Experiencial (PET). La puntuación de los pacientes acerca de la relación terapéutica era predictiva de los resultados de la terapia en ambas modalidades terapéuticas.

Al iniciar el tratamiento, el terapeuta debe enfocarse en el desarrollo de una relación cálida, segura y de aceptación. Desde la perspectiva cognitiva la empatía promueve la exploración y la creación de significados y facilita el reprocesamiento emocional (Bohart,

Elliot, Greenberg & Watson, 2002). La relación terapéutica es una empresa intensamente humana en la que los significados se afinan, evolucionan y se co-construyen en un diálogo continuo. Aunque sea conducido por un manual, la parte “artística” de la psicoterapia, se basa en la habilidad del terapeuta de dialogar y la empatía es la amalgama que mantiene la colaboración entre paciente y terapeuta y facilita la comunicación. La empatía constituye la orientación hacia el intento de comprender a la otra persona en términos de su propio marco de referencia. Permite establecer un terreno en común, ya que constituye la base para entender que piensa o siente otra persona. Involucra los procesos básicos de lectura de la mente del otro y el esfuerzo por comprender qué significa para ellos lo que dicen. La empatía se define como la intención *primaria* de tratar de entender al cliente en términos de su propio marco de referencia. Esta intención guía al terapeuta en: a) tratar de aprehender los significados del paciente y b) constatar si el paciente percibe y comprende lo que el terapeuta le comunica. De esta manera, el terapeuta experimenta resonancia con el paciente. Puede resultar difícil leer el marco de referencia del paciente ya que a veces es poco claro para el mismo paciente. En este punto el esfuerzo empático del terapeuta ayuda a “co-crear” una articulación de la experiencia implícita del paciente, comprobando permanentemente su nivel de comprensión. Si el paciente percibe que el profesional lo escucha y entiende se animará a ir más allá, a arriesgarse más a “contar su historia” (Bohart & Tallman, 1997).

Beck y sus colegas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck & Emery, 1985; Beck & Young, 1985) han tratado menos extensamente el papel de la relación terapéutica en la terapia cognitiva, pero siempre destacaron la importancia del “empirismo cooperativo”, o sea, la necesidad de que los terapeutas entablen relaciones cooperativas con los pacientes para ayudarlos a descubrir las percepciones que son incongruentes con la realidad, en vez de tratar de persuadir a los pacientes de que sus percepciones son irracionales o tendenciosas. Para entablar una buena cooperación terapéutica, Beck y Young (1985) sostienen que los terapeutas deben ser auténticamente cálidos, empáticos, sinceros y atentos y no representar el papel de “experto absoluto”. Deben preocuparse por no parecer críticos o reprobadores y por mostrar una actitud segura y profesional, que contribuya a inspirar confianza y a contrarrestar la desesperanza que inicialmente puede tener el paciente. Parte del proceso de entablar una buena relación cooperativa, señalan estos autores, implica trabajar junto con el paciente para fijar objetivos terapéuticos, determinar prioridades y acordar un orden del día para cada sesión. Obtener

sistemáticamente retroalimentación del paciente, indican también Beck y Emery (1985), es útil para establecer una buena relación cooperativa. Esta retroalimentación ayudará al terapeuta a determinar si el paciente está cumpliendo con sus indicaciones o instrucciones tan sólo por temor a ser rechazado. Sugieren que es importante transmitir un fundamento adecuado para cada procedimiento del tratamiento, de manera que el paciente pueda comprender el proceso de tratamiento y participar activamente en él.

El esfuerzo colaborativo entre terapeuta y paciente implica que se trata de un abordaje en equipo para la solución del problema. El terapeuta promueve la actitud de que “dos cabezas son que mejor que una” al abordar las dificultades personales.

Según Beck y Emery (1985), la naturaleza colaborativa de la intervención terapéutica puede fortalecerse a través de los siguientes métodos:

1. Desarrollar la relación sobre una base recíproca. Ninguno de los participantes tiene un rol superior
2. Evitar agendas escondidas. Todos los procedimientos son abiertos y se explican claramente al paciente
3. Diseñar tareas intersesión de un modo colaborativo
4. Admitir errores
5. Mantener un ambiente colaborativo, en referencia al lugar en que se desarrolla la terapia

La terapia cognitiva no consiste, por lo tanto, en una serie de instrucciones que provee el terapeuta ni que el paciente opera pasivamente esperando que el profesional le aporte las soluciones. Por el contrario, paciente y terapeuta deben acordar los términos de su contrato terapéutico. La primera tarea del terapeuta es desarrollar un sentido de colaboración y establecer expectativas realistas. Para ello es fundamental que pueda transmitir que los objetivos constituyen responsabilidades compartidas, a los que deberán ajustarse a lo largo del proceso. Se ha establecido que la involucración colaborativa a lo largo de la terapia que incluye una actitud de afiliación por parte de ambos participantes se asocia a mejores resultados (Shrick Tryon & Winograd, 2002).

Un aspecto de la relación terapéutica que han tenido en cuenta los terapeutas conductistas y los de orientación cognitivo-conductual es el papel de la creación de

expectativas terapéuticas positivas. En esa dirección, Goldstein, Heller y Sechrest (1966) sostuvieron que una forma útil de incrementar las expectativas del paciente respecto del buen resultado de la terapia, consiste en proporcionarle una conceptualización de su problema específico y un fundamento convincente del tratamiento específico empleado (Goldfried & Davison, 1976).

Posteriormente los terapeutas de todos los modelos cognitivos han puesto particular énfasis en la inteligibilidad de la intervención del terapeuta, es decir que le sea accesible al receptor, lo cual se expresa en que el paciente pueda decir: “entiendo lo que me dice el terapeuta”. Esta cognición en apariencia sencilla es decisiva, ya que es uno de los componentes del sentimiento de autoeficacia de los pacientes y es determinante de la sensación de ser partícipes en la construcción del proceso. El paciente “sabe” lo que está sucediendo y se suma activamente a la tarea. De allí que en la terapia cognitiva un componente central es la psicoeducación (Bregman, 2006). Se trata de una intervención psicológica destinada a facilitar el aprendizaje sobre las dificultades emocionales, sus efectos y las estrategias para modificarlas. La psicoeducación consiste en la explicación de la lógica que subyace al malestar y su finalidad es promover la comprensión del malestar. Si bien la psicoeducación cumple una función informativa, tal como sostuvo Meichenbaum (1987), quien llevó a cabo los primeros desarrollos, el elemento crucial no es sólo el intercambio de información, sino el examen de la naturaleza de las expectativas que paciente y terapeuta tienen acerca de sus roles y responsabilidades. Su principal valor reside en la construcción de un nexo entre la lógica del paciente y la lógica del terapeuta. Es en este sentido que la psicoeducación apunta a favorecer un encuentro entre las creencias del paciente acerca de su padecimiento y las del terapeuta, lo cual es fundamental para desarrollar la alianza de trabajo. Como resultado, el paciente no sólo aumenta su comprensión sino la experiencia de sentirse comprendido, lo que incrementa la confianza en el terapeuta y al mismo tiempo la motivación para el cambio (Bregman, 2006).

El desarrollo de una relación que brinde apoyo y aliente al paciente a tomar riesgos debe promoverse desde el principio y durante todo el proceso. El éxito en lograr esta tarea se basa en seis claves centrales que promueven la relación terapéutica (Beutler & Harwood, 2000):

- 1- Una *actitud* terapéutica consistente en una disposición a ser respetuoso, amable y cuidadoso. Un terapeuta con estas características está en sintonía con los logros del paciente y no solo con sus problemas y debilidades.
- 2- *Conocimiento terapéutico* que promueva el poder de la alianza terapéutica e incluye la comprensión de cómo las personas se forman impresiones, responden y se tornan motivados a iniciar y sostener cambios.
- 3- Las *herramientas* terapéuticas son los vehículos utilizados para traducir el conocimiento terapéutico en una estructura que mejore la visión del paciente acerca de la relación. Las herramientas incluyen el ambiente en que tiene lugar la terapia, evidencia la actitud favorable y el conocimiento del terapeuta.
- 4- Las *técnicas* terapéuticas incluyen una variedad de procedimientos verbales y no verbales diseñados para reducir los síntomas y problemas. Las técnicas se aplican de manera que demuestren capacidad para sostener la relación terapéutica.
- 5- El *timing* se ve en el desarrollo de la relación a través de una adecuada correspondencia entre la preparación del paciente para cambiar y la intervención terapéutica.
- 6- La *imaginación creativa* se refleja en todas las etapas en que el terapeuta organiza las variadas intervenciones para adaptarlas a las características únicas y específicas del paciente. Contribuye a la comprensión y sensibilidad de ponerse en el lugar del otro.

La relación terapéutica también varía en función de la etapa del tratamiento. Es esperable que haya un mayor grado de complementariedad en la etapa inicial, durante la construcción de la relación y un menor grado en la etapa intermedia cuando los patrones del paciente son confrontados para promover el cambio. En la etapa de terminación es esperable que reaparezca un mayor grado de complementariedad que refuerce los logros adquiridos (Bachelor, 1988).

EL ROL DEL PACIENTE

En cuando a la participación del paciente, su disposición a participar del proceso terapéutico y de trabajar en pos de los objetivos y en un buen nivel de motivación son fundamentales para desarrollar y sostener una buena alianza terapéutica. Estas características se desplegarán asociadas al modo de funcionamiento relacional y las

formas particulares de disfunción, que se pondrán en juego en la interacción con el terapeuta.

La terapia cognitiva apunta fuertemente a promover en cada individuo su agencia personal. Tal como describe Bandura (2001), la agencia personal aborda la pregunta de cómo las personas realizan acciones sobre las que tiene control personal, con la finalidad de llevar a cabo sus intenciones y aspiraciones. Los agentes cognitivos regulan sus acciones en pos de un autodesarrollo satisfactorio a través del tiempo. Los cambios que promueve la terapia se ven acompañados en este sentido por un aumento de los grados de libertad, en la medida en que las personas experimentan su propia participación como decisiva en la producción de los cambios que los benefician (Gómez y Salgueiro, 2007). El paciente es por lo tanto un agente auto-curador activo y un agente primario del cambio en psicoterapia. El terapeuta es un adjunto beneficioso para el proceso de auto-curación del paciente, siendo la empatía la base desde la cual provee su asistencia.

Los pacientes crean el cambio a través de un proceso cíclico de pensamiento, exploración y experiencia que conduce a la creación de nuevos significados y de una nueva manera de ser y de comportarse en sus mundos personales. Esta perspectiva se ajusta a una práctica en la que el terapeuta intenta proveer lo que el paciente necesita más que lo que dice su teoría que el paciente necesita. Desde esta visión, las interacciones del terapeuta deben ser empáticamente compatibles con el proceso auto-curativo del paciente. Las técnicas le son ofrecidas para que haga uso de ellas, no de manera prescriptiva. Lo que conduce al cambio es el descubrimiento de nuevos significados por parte del paciente. Una atmósfera empática facilita que pueda suspender ciertos modos de ver las cosas y adoptar nuevos puntos de vista (Bohart & Tallman, 1997).

Duncan y Miller (2000) destacan que un aspecto central para el proceso es identificar la teoría del cambio terapéutico del paciente, es decir la propia teoría del consultante sobre sus problemas y de cómo pueden llegar a resolverse. Tomar en cuenta la teoría del cambio, aumenta su participación y por lo tanto favorece los resultados. Como señalan Belloch y Fernández-Álvarez (2002), resulta de mucha utilidad, en el momento de establecer el contrato terapéutico, solicitar al paciente la descripción lo más precisa posible de las expectativas que tiene del tratamiento en términos de tiempo total, frecuencia, tipo de acciones que se llevarán a cabo, etc. El terapeuta no necesariamente responderá a ellas pero suele tener mucho valor en el momento de precisar el diseño, en la medida en

que cualquier diferencia deberá ser negociada. De allí también la importancia de identificar la atribución que hace el paciente de su problema y llegar a un acuerdo acerca de la teoría explicativa del malestar que lo lleva a la consulta.

Los autores cognitivos coinciden en que el acuerdo entre las creencias y las expectativas del paciente y las del terapeuta es fundamental. Cuando el terapeuta aborda los problemas que son importantes para el consultante, facilita que se sienta comprendido y se disponga mejor a un tipo de tratamiento en que el plan sea congruente con su percepción de sí mismo, la descripción del problema y su teoría del cambio. Este ajuste en la interpretación del problema y a su expectativa de cómo es posible producir el cambio, fortalece la alianza terapéutica. Asimismo cuando las tareas asignadas en la terapia son congruentes con el modo en que los pacientes piensan respecto del origen de sus problemas, la relación tiende a ser más fuerte.

EL ROL DEL TERAPEUTA

En tanto la relación terapéutica está moldeada por la identidad personal y las necesidades del paciente y el terapeuta, puede ser comprendida como una “negociación intersubjetiva” entre las identidades y necesidades de paciente y terapeuta que comparten un fin común (Muran, 2007).

El advenimiento de la llamada “revolución cognitiva dio lugar a cambios muy significativos en el modo de concebir el rol del terapeuta como participante activo de esta relación (Consoli y Beutler, 1996; Consoli y Machado, 2004; Gómez, 1997). Explorar y descubrir la teoría del cambio del paciente no impide que el terapeuta ofrezca ideas y sugerencias que contribuyan a la construcción de esta teoría. Cuando el terapeuta atiende a las preocupaciones del paciente y las reformula de manera que las clarifica, favorece por un lado el acuerdo de los objetivos del tratamiento y prepara el terreno para un proceso compartido en cuanto a la toma de decisiones durante la psicoterapia. A lo largo del tratamiento el terapeuta participa en la selección de las tareas, en el mantenimiento o la reorientación de los objetivos y en la regulación del dispositivo, calibrando la emocionalidad del paciente y registrando su propio estado emocional y sus efectos en la relación.

Uno de los desarrollos más fructíferos de la orientación cognitiva ha sido el peso otorgado a las habilidades mentalistas o teoría de la mente, como fundamentos de la empatía así como precursoras de actitudes terapéuticas y de distintos recursos que facilitan el establecimiento de la relación terapéutica. Resulta evidente la relevancia que tiene para el terapeuta el proceso cognitivo que le permite ser capaz de predecir estados mentales de sí mismo y de los otros y de esta manera anticipar y modificar comportamientos propios y ajenos. “La habilidad de inferir estados mentales (como pensamientos, deseos, intenciones, etc.) en otra persona, posibilita utilizar la información para interpretar a) ¿qué dicen?; b) ¿por qué lo dicen?; y c) predecir que puede pasar a continuación. Parece difícil imaginar que un psicoterapeuta pudiera trabajar como tal sin disponer de unas mínimas habilidades propias de la teoría de la mente” (Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella y García, 2009, p.129).

Es posible deducir por lo tanto, que una mayor complejidad o mayor grado de desarrollo de dichas habilidades facilita la adaptación del estilo terapéutico e intervenciones a las características del paciente. La teoría de la mente del terapeuta da lugar a la habilidad de entender cómo el paciente piensa, siente y actúa así como la habilidad de anticipar su conducta y sus posibles reacciones ante ciertas situaciones. Dicho en otros términos, el terapeuta deberá tener un adecuado nivel de funcionamiento metacognitivo. Estas funciones pueden ser entendidas como el conjunto de habilidades que permiten comprender los fenómenos mentales, operar sobre ellos para la resolución de tareas y para controlar los estados mentales (Semerari, Carcione y Nicolò, 2000). La definición incluye por ello las operaciones de conocimiento de la mente propia y ajena y las operaciones de regulación, control y afrontamiento de los estados mentales. Estas habilidades desempeñan una función esencial no únicamente para poner en acción la empatía sino para autorregular la interacción del terapeuta con su paciente.

Por otra parte, la persona del terapeuta modera de manera muy significativa la implementación terapéutica. En un estudio sobre la percepción del paciente acerca de la empatía del terapeuta (Bachelor, 1988) se encontró que lo que se concibe como significativamente empático varía en los pacientes. Alrededor del 44% de los consultantes valoraban una respuesta del tipo cognitiva, es decir que veían al terapeuta como una persona que reconoce con precisión su experiencia, sus estados y motivaciones internas. Esta captación de su experiencia subjetiva es lo que resultaba en la sensación de ser

comprendido. Aunque algunas actitudes y comportamientos del terapeuta se consideran universalmente aplicables a todos los pacientes (por ejemplo el respeto, no minimizar los problemas, saber escuchar) hay algunas actitudes que requieren ser adaptadas a los pacientes en particular, tales como la auto-revelación, la calidez, el apoyo, el nivel de formalidad en el trato. Para llevar a cabo una terapia efectiva es fundamental la sensibilidad por las diferencias de los mundos de los pacientes, sus necesidades relacionales y expectativas. La atención constante del terapeuta tanto a las reacciones del paciente como a la percepción que reciben la ayuda necesaria lo orienta para ir ajustando sus propias actitudes. Por lo tanto, la mejor actitud es aquella más apropiada para cada paciente y contexto terapéutico.

Dentro del campo de las variables del terapeuta como participante del proceso terapéutico, se han desarrollado estudios tendientes a explorar el estilo personal de terapeuta y su compatibilidad con las características personales del paciente. Entre ellos, un estudio conjunto entre la Fundación Aiglé (Argentina) y la Universidad Ramón Llull de Barcelona (España), con el objetivo de investigar específicamente lo referido a la relación a las variables “resistencia” y “estilo de afrontamiento”, en el que se halló que los pacientes más resistentes establecen una mejor alianza terapéutica con terapeutas menos directivos y menos pautados en sus intervenciones y que los terapeutas más flexibles en el establecimiento y el ajuste del dispositivo terapéutico, logran una mejor alianza terapéutica en las fases intermedia y final del tratamiento. Estos estudios indican que la compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y las características del paciente, es probablemente un predictor de la calidad de la alianza terapéutica (Corbella, 2002; García y Fernández-Álvarez, 2007). Una conclusión en este sentido es que el éxito de la psicoterapia parece por lo tanto indisolublemente ligado a la posibilidad de encontrar óptimas correspondencias entre ambos participantes.

IMPASSES Y RUPTURAS

Mantener la relación supone comprender que la terapia se desarrolla a través de un proceso de rupturas y reparaciones. Con cada intervención el terapeuta crea una posibilidad de ruptura en la relación a la que deberá seguir un proceso de restauración de la relación (Beutler & Harwood, 2000).

La conceptualización de Bordin (1979, 1994) acerca de la alianza terapéutica destaca la importancia de la negociación entre paciente y terapeuta tanto de las metas como las tareas terapéuticas de una manera dinámica y mutua. Por lo tanto es útil conceptualizar las rupturas en la alianza terapéutica en función de los desacuerdos sobre las tareas, metas o problemas en la dimensión del vínculo, por ejemplo: si el paciente no confía en el terapeuta o no se siente respetado por él, la exploración de las tensiones en la relación puede conducir a trabajar sobre temas relacionales nucleares en el paciente. Belloch y Fernández-Álvarez (2002) señalan que todos los obstáculos que se plantean en la relación terapéutica representan una alteración en la atribución recíproca de confianza entre los protagonistas del tratamiento.

Safran y Muran (1996, 2000) definen la ruptura como “deterioros en la relación entre terapeuta y paciente” indicados por “conductas o comunicaciones del paciente que son marcadores interpersonales e indican los puntos críticos para su exploración”. Por lo tanto, las rupturas son puntos de desconexión emocional entre paciente y terapeuta que crean un cambio negativo en la calidad de la alianza terapéutica. Una idea central es la importancia de que los terapeutas reconozcan y consideren los problemas en la relación. En este sentido es aconsejable chequear con los pacientes sus sentimientos y percepciones sobre la interacción terapéutica. Safran y Segal (1991), utilizaron la expresión “disciplina interior” para indicar las operaciones mentales con que el terapeuta puede procurar localizar en su interior el hilo perdido de la alianza terapéutica y de las relaciones de cuidado. Las operaciones de disciplina interior pueden ser muy útiles para permitir al terapeuta pasar de momentos problemáticos donde no logra compartir la situación emocional, a la comprensión de qué parte de la experiencia del paciente es compartida o potencialmente compartible por él mismo. Consisten sustancialmente en operaciones empáticas por las cuales el terapeuta focalizando sobre su propio estado problemático se pregunta cuales aspectos de él mismo son similares o complementarios a aquellos que el paciente experimenta o refiere haber experimentado (Semerari, Carcione y Nicoló, 2000).

Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue y Hughes (1996) describen las rupturas en la terapia cognitivo conductual como resultado de la adherencia rígida a modelos de tratamiento. Las rupturas ocurren cuando los terapeutas responden a tensiones en la relación con la

persistencia dogmática de la aplicación de una técnica terapéutica, en lugar de explorar las dificultades en la experiencia emocional del paciente y su impacto.

Con la terapia cognitivo conductual, ha aumentado el reconocimiento de que las interrupciones en la relación terapéutica ofrecen tanto amenazas como oportunidades para los logros terapéuticos (Leiper, 2000; Waddington, 2002). Castonguay y colaboradores (2004) indican que la atención constructiva de las rupturas en la terapia cognitivo conductual tiene un impacto positivo en los resultados.

Justamente, una clave de la alianza proviene de la propuesta de que la ruptura y reparación de la relación es lo que la fortalece y conduce al cambio en el paciente (Bordin, 1979, 1994; Safran & Muran, 1996). Este fenómeno es una parte esencial y esperable en el proceso terapéutico. Uno de los mecanismos para la construcción y reparación de la relación terapéutica es el procesamiento de la relación, que consiste en una comunicación directa acerca de ella. Ya en sus inicios, Goldfried y Davison (1976) recomendaban que los terapeutas consideren la conducta problemática exhibida por los pacientes dentro de la sesión como una muestra de la conducta problemática, que constituye el motivo original de que estén en terapia. Influidos explícitamente por el trabajo de Sullivan (1953), estos autores sugieren que la conducta del paciente dentro de la sesión puede tratarse como una muestra de la conducta problemática general del paciente y que, por lo tanto, la interacción terapéutica puede ser útil a efectos de poder evaluarla. En este sentido, es posible considerarla como la actualización del problema en el contexto terapéutico y por lo tanto una oportunidad para el trabajo con patrones interpersonales disfuncionales.

Como afirman Beck y Emery (1985), las estrategias terapéuticas necesarias para resolver una ruptura en la terapia cognitivo conductual son completamente consistentes con una buena práctica de la terapia cognitiva, resumiendo, explorando, validando, colaborando y buscando la retroalimentación

Por otra parte, un peligro potencial es que los terapeutas puedan interpretar las reacciones negativas del paciente o el abandono de forma personal y responder con ansiedad, redoblando los efectos por aplicar una técnica teóricamente correcta. Tal concentración en la tarea en lugar del proceso es probable que perpetúe la ruptura.

Las rupturas pueden tener consecuencias positivas si son exitosamente resueltas y esto depende en parte de que el terapeuta identifique la fuente que le da lugar y se involucre en su participación, diferenciando los factores del paciente que deberán ser trabajados, de los propios que deberán ser reconocidos y expresados de una manera provechosa para el vínculo. Muran, Safran, Samstag y Winston (2005) observan el beneficio de dirigirse sistemáticamente hacia las rupturas utilizando estrategias tales como la validación y la aceptación de la responsabilidad por las rupturas.

CONCLUSIONES Y DESARROLLOS FUTUROS

La relación terapéutica apunta a generar colaboración por parte del paciente y se logra proveyendo evidencias de cuidado y apoyo tanto como un ambiente seguro. Las estrategias más aceptadas son las de proveer estructura, reforzar la naturaleza cognitiva del esfuerzo terapéutico y asegurar que el terapeuta se comporte de un modo consistente y no enjuiciador (Beutler & Harwood, 2000).

La importancia de establecer una buena relación terapéutica al comienzo del tratamiento no debe oscurecer la necesidad de trabajar para mantener dicha relación en un buen nivel a lo largo de todo el tratamiento. En síntesis, es posible afirmar que la calidad de la relación es tanto un producto del éxito terapéutico, como la condición de posibilidad de los resultados beneficiosos.

En un primer momento el estudio de la alianza terapéutica estuvo centrado en su relación con los resultados de la psicoterapia. En una segunda fase que se superpuso a la primera comenzó a centrarse el interés de la investigación en el papel, el desarrollo y el manejo de la alianza durante el proceso terapéutico (Safran & Muran, 2000). Los trabajos futuros estarán dirigidos a investigar qué cualidades de la relación terapéutica pueden ser más beneficiosos para cada situación clínica en función de: a) cada una de las fases del proceso psicoterapéutico: inicial, de desarrollo y final, especialmente en los tratamientos de duración intermedia y prolongada, b) el ámbito en que se lleva a cabo (en un consultorio privado o institucional) y c) el formato (individual, grupal, familiar). Queda también por investigar la manera en que influyen los distintos componentes de una buena relación terapéutica: empatía, congruencia, aceptación, reparación de rupturas, colaboración mutua, consideración positiva. En la medida en que continúe expandiéndose la comprensión acerca del modo en que el paciente percibe, almacena y recupera

aspectos de la relación con su terapeuta y se utilice este conocimiento para ampliar las opciones disponibles durante el proceso terapéutico, habrá mayores posibilidades de enriquecerlo. Al mismo tiempo los estudios sobre las características del terapeuta podrán arrojar resultados cada vez más precisos sobre la mejor compatibilidad de la díada paciente-terapeuta. Por otra parte, cuanto más prospere el diálogo tanto empírico como conceptual acerca del lugar que ocupa la relación terapéutica, mayores posibilidades habrá de superar la dicotomía entre elementos técnicos y relacionales y avanzar hacia la comprensión de ambos elementos como mutuamente co-determinados (Horvath, 2005).

Los significados se construyen en el marco del mundo cultural y se desarrollan, se despliegan y se modifican en el campo interpersonal que transita cada persona a lo largo de su vida. La relación terapéutica es el terreno propicio para que las intervenciones terapéuticas permitan la expresión, la comprensión y la modificación de los significados disfuncionales en sus variadas formas y niveles de profundidad. Una buena relación supone lograr un equilibrio óptimo entre el apoyo o sostén del paciente y el estímulo para la promoción de cambios, el enfrentamiento de las situaciones difíciles y el aliento para reorganizar la experiencia hacia un mayor bienestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bachelor, A. (1988). How clients perceive therapist empathy. A context analysis of "received empathy". *Psychotherapy: theory, research and practice*, 25, 227-240.

Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change- What Works in therapy* (pp. 133 – 178). Washington: American Psychological Association.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory. An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

Beck, A. T., & Emery, G.(1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G.(1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.

Beck, A. T., & Young, J. E.(1985). Depression. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 206-244). New York: Guilford Press.

Belloch, A., y Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.

Beutler, L. E., & Harwood, M. T. (2000). *Prescriptive Psychotherapy. A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press.

Bohart, A., Elliot, R., Greenberg, L., & Watson, J. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (89-108). New York: Oxford University Press.

Bohart, A. C., & Tallman, K. (1997). Empathy and the active client: an integrative cognitive – experiential approach. In A. Bohart & L. Greenberg (Eds.). *Empathy reconsidered. New directions in Psychotherapy* (pp. 393-418). Washington DC: American Psychological Association.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16, 252-260.

Bordin, E. S. (1994) Theory and research on the therapeutic working alliance: New Directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp.13-37). New York: Wiley.

Bregman, C. (2006). Psicoeducación en los trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, 135-139.

Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hughes, A. M.(1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 497-504.

Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikins, D. E., Constantino, M. J., Laurenceau, J., Bologh, L., & Burns, D. D.(2004). Integrative cognitive therapy for depression. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*, 4-20.

Consoli, A., y Beutler, L. (1996). Valores y Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 15*, 17-35.

Consoli, A. J., y Machado, P. P. (2004). Los psicoterapeutas, ¿nacen o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicancias para la selección, capacitación y desarrollo profesional. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (Comps.), *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.

Corbella Santomá, S. (2002). Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Ciències de l' Educació i de l' Esport Blanquerna, Universitat Ramón Llull, Barcelona.

Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., y García, F. (2009). Estilo Personal del Terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18*, 125-133.

Duncan, B. L., & Miller, S. D.(2000). The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*, 169-187.

Fernández-Álvarez, H. (2008). Psicoterapia de grupo: un modelo integral. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), *Integración y salud mental. El proyecto Aiglé 1977-2008* (pp.593-631). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández-Álvarez, H. (2006). La filosofía de la psicoterapia cognitiva: entre Descartes y Spinoza. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 15*, 193-201.

Fernández-Álvarez, H. (2003). Claves para la unificación de la psicoterapia (Más allá de la integración). *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 12*, 229-246.

Fernández-Álvarez, H. (1999). Terapia Cognitiva. En J. E. Abadi, H. Fernández-Álvarez y C. Rausch Herscovici (1999). *El bienestar que buscamos* (pp. 173-249). Buenos Aires: Hidalgo.

García, F., y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: Una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 121-128.

Gómez, B. (1997). Formación y entrenamiento en psicoterapia. Una perspectiva cognitiva. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), *Desarrollos en Psicoterapia* (pp. 27-47). Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

Gómez, B., y Salgueiro, M. C. (2007). Terapia cognitiva y medicación: Un dilema en la trinchera. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 205 – 218.

Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Goldstein, A. P., Heller, K., & Sechrest, L. (1966). *Psychotherapy and the psychology of behavior change*. New York: Wiley.

Greenson, R. R.(1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.

Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: research and theory. *Psychotherapy Research*, 15, 3-7.

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford.

Meichenbaum, D. (1987). *Facilitating Treatment Adherence*. New York: Plenum.

Muran, J. C. (2007). A relational turn on thick description. In J. C. Muran (Ed.), *Dialogues on difference. Studies of diversity in the therapeutic relationship* (pp. 257-274). Washington D.C.: American Psychological Association.

Muran, J. C., Safran, J. D.; Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy*, 42, 532-545.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic Alliance. A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.

Safran, J. D., & Segal, Z. V.(1991). *Interpersonal process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books. Safran, J. D., & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 188-195.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. Norton.

Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.

Leiper, R. (2000). *Working through setbacks in psychotherapy*. London: Sage.

Semerari, A., Carcione, A., y Nicoló, G. (2000). Metacognición y relación terapéutica en el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 9, 257-270.

Shrick Tryon, G., & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.109-125). New York: Oxford.

Waddington, L.(2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 179-191.

Watson, J., & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research, 15*, 25-33.

(*)

Beatriz Gómez, Fundación AIGLE

Integrante de la Comisión Directiva de la Fundación Aiglé

Psicoterapeuta- Modelo de Salud Mental de la Fundación Aiglé

Docente de la Carrera de Especialización en Psicoterapia Cognitiva individual, grupal, vincular y familiar de la Fundación Aiglé y la Universidad Nacional de Mar del Plata

Docente de la Carrera de Especialización en Psicoterapia Individual y Grupal de la Fundación Aiglé y la Universidad Maimónides

Coordinadora de la Maestría en Clínica Psicológica Cognitiva de la Universidad de Belgrano

fundacion@aigle.org.ar