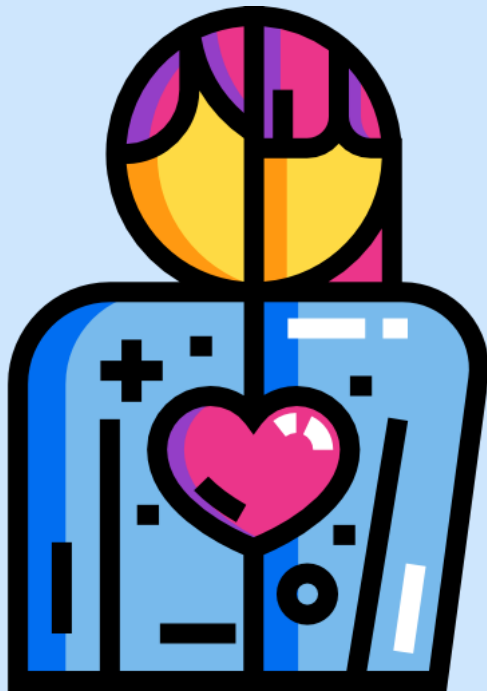


# Diplomado Avanzado en Modificación de Conducta 14

# Índice

- Cómo entrar en el alma del paciente y conectar con él/ella: alianza terapéutica.
- Elementos de la relación terapéutica.
- Factores que contribuyen al cambio terapéutico.
- Componentes de la relación terapéutica efectiva.
- Conductas prescriptas y proscriptas.
- Intervenciones positivas.

# CÓMO ENTRAR EN EL ALMA DEL PACIENTE Y CONECTAR CON ÉL/ELLA



# La Alianza Terapéutica

La eficacia o no de un proceso terapéutico no solo dependerá de la preparación académica del terapeuta. Con esto no quiero decir que una buena preparación no sea un punto **FUNDAMENTAL**, pero el hecho de tener conocimientos por sí solo no resolverá las demandas terapéuticas del paciente/cliente.

Por encima del repertorio de técnicas o herramientas basadas en evidencias que dominemos es fundamental recordar siempre que **ESTAMOS LIDIANDO CON UN SER HUMANO QUE SUFRE...** Nadie va a terapia cuando su vida va marchando bien.

Conociendo esto, como terapeutas debemos poner mucho empeño en el primer paso de todo proceso de intervención con miras a ser exitoso: **LA ALIANZA TERAPEUTICA.**

Una gran cantidad de resultados de investigaciones realizadas durante los últimos 40 años, han permitido demostrar, que la alianza terapéutica no es un prerrequisito para un tratamiento exitoso, sino que es el tratamiento. Luego de muchas investigaciones, las terapias que han probado ser más eficaces son aquellas en las que los clientes percibían un lazo terapéutico beneficioso y un mutuo acuerdo de metas (Mussi, 2005).

En palabras de Beutler y Strupp (1986) la complejidad y sutileza de los procesos psicoterapéuticos no pueden ser reducidas a un conjunto de técnicas porque las técnicas cobran significado y, a su vez, efectividad, a través de una interacción particular con los individuos que las llevan a cabo.

Según Mussi (2005), se describen algunos de los resultados investigativos más significativos de los últimos años sobre efectividad terapéutica:

1. La calidad de la alianza de trabajo es considerada uno de los más importantes predictores de los resultados, por lo cual se infiere que, el buen desarrollo de una relación terapéutica y como así también sus procesos de reparación y ruptura, son gravitantes en la determinación de los resultados.
2. También, se ha podido constatar que, un patrón de quiebre y reparación de la alianza desarrollado durante el curso del tratamiento, está asociado con resultados positivos.

Contamos con evidencia disponible para sostener que, los procesos específicos de expresión de los sentimientos negativos de los pacientes, seguidos de conductas no defensivas por parte de los terapeutas, juega un rol significativo, en la resolución de las rupturas de la alianza.

Por último, tenemos algunas evidencias que sostienen que en los casos de pobres resultado existe un patrón de complementariedad o de círculo vicioso, en el que el terapeuta responde a las comunicaciones hostiles de los pacientes con comunicaciones hostiles de su parte.

# Elementos de la relación terapéutica

Carl Rogers (1951), es uno de los psicólogos que mayores aportes ha realizado en torno a como construir una relación terapéutica eficaz. En su obra *“Psicoterapia Centrada en el Cliente”* este menciona que son fundamentales los siguientes factores:

- Empatía.
- Rapport.
- Aceptación incondicional.
- Escucha activa.
- Congruencia del terapeuta.

Adicional a esto que nos plantea Rogers, podemos añadir lo que postula John Norcross (2002):

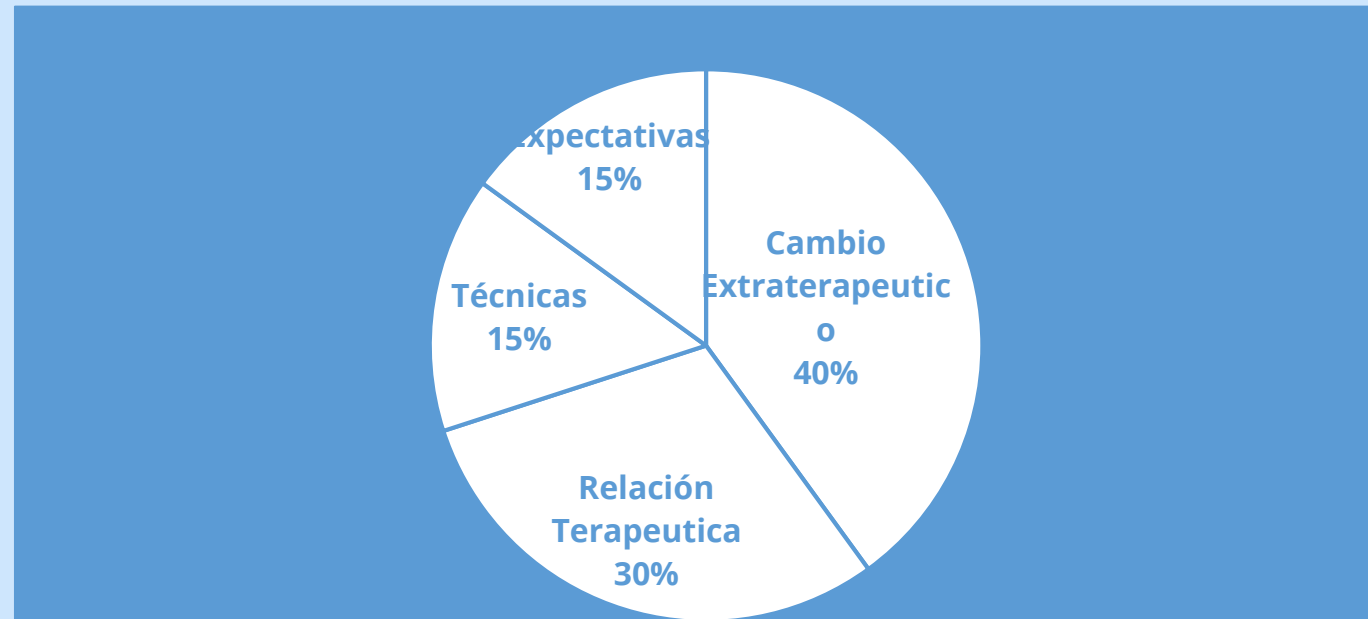
- Cohesión en terapia de grupo.
- Creación de metas en común y desarrollo de expectativas de colaboración entre paciente y terapeuta.

Por otro lado, Gaston (1990), define a la alianza de trabajo en los términos siguientes:

- Una relación afectiva del paciente hacia el terapeuta.
- La capacidad del paciente para trabajar con un sentido de propósito en la terapia.
- La comprensión empática y compromiso del terapeuta en el proceso.
- El acuerdo entre el paciente y terapeuta sobre las metas y tareas de la terapia.

# Factores que contribuyen al cambio terapéutico

Como síntesis de los factores que contribuyen al cambio terapéutico se ha de tomar en cuenta los estudios realizados por Lambert (1992), y también aquellos llevados a cabo por Jhon Norcross (2002), en los cuales se formula una estimación aproximada de los factores que afectan al resultado de la psicoterapia y su contribución relativa.



Además, Beutler y Clarkin (1990) consideran que el resultado terapéutico está más ligado a lo que el terapeuta transmite y es a su vez, un producto de:

- Una actitud terapéutica: que debe percibirse como calidez, optimismo, interés, y aceptación.
- Idoneidad: para delinear un contrato que especifique el curso, la duración, y el proceso de la terapia, incluyendo los roles de ambos.
- Habilidades terapéuticas: para considerar el enojo del paciente sin ponerse a la defensiva.
- Imaginación creativa: curiosidad y entusiasmo durante los procesos de descubrimientos.

# Componentes de la relación terapéutica efectiva

De acuerdo a lo expresado, se concluye que, el establecimiento de una relación terapéutica en la cual se acuerde inicialmente, trabajar juntos entre terapeuta y paciente, es considerada la estrategia primordial dentro del proceso terapéutico.

Se postula que una relación terapéutica efectiva es aquella en la cual el paciente se siente:

- Comprendido, validado y apoyado.
- Considera al terapeuta creíble, idóneo, respetuoso y cálido.
- Estima al terapeuta sensible y humano, dispuesto a la apertura personal.
- Y percibe al terapeuta como empático.

Si todo esto se logra, Bordin (1979), nos plantea que se creará una buena alianza terapéutica, constituida por el vínculo que se establece entre cliente y terapeuta que permitirá la formulación de las tareas y las metas de la terapia. A continuación, se describen cada uno de estos componentes:

- **Vínculo:** se refiere a la cualidad afectiva de la relación entre terapeuta y paciente. Plantea el flujo afectivo de manera bidireccional y se enfatiza la comprensión empática.
- **Tareas de la terapia:** son las actividades específicas con las que se debe comprometer el paciente para beneficiarse del tratamiento.
- **Objetivos o Metas:** se hace sobre la base de un acuerdo entre terapeuta y paciente.

# Conductas prescriptas y proscriptas

A continuación, se describen las conductas mencionadas con algunos ejemplos: conductas prescriptas (alientan las percepciones positivas cuando están presentes), esto es, cuando el terapeuta:

1. Reconoce la presencia de los sentimientos del paciente.
2. Logra y expresar una comprensión auténtica sobre estos sentimientos.
3. Logra una comprensión fenomenológica de los significados y percepciones del paciente.
4. Es conocedor experto, idóneo, no autoritario.
5. Logra comunicar un interés genuino sobre el sufrimiento del paciente.
6. Lograr expresar aceptación por características inusuales, temidas o inaceptables para el paciente.
7. Es confiable, es decir, mantiene los compromisos contraídos con el paciente.

Conductas proscriptas, son aquellas que incentivan una alianza positiva cuando están ausentes. Un terapeuta eficaz no:

- ▶ **1- Critica o corrige a un paciente.** Por ejemplo, una madre que intentó suicidarse, el terapeuta le dice: *“cómo va a hacer eso, no ha pensado en sus hijos”*.
- ▶ **2- Juzga el bien y el mal, evalúa el valor de lo que el paciente describe.** *“Lo que usted dice no tiene sentido y su esposa no merece ser tratada de esa manera”. “Está muy mal actuar así”. “Debería cambiar su actitud”. “Tú eres muy desagradecido con tus padres”*.
- ▶ **3- Asume que sabe lo que el paciente piensa o cree:** *“En realidad lo que a usted le sucede es que tiene miedo de tomar decisiones”*. Ante lo cual, el paciente responde: *“No es así, lo que a mí me parece es que estoy confundido y realmente no sé qué camino tomar para salir de mi problema”*.
- ▶ **4- Trata de convencer al paciente para que cambie de opinión.** Terapeuta: *“abandonar los estudios ahora es lo peor que podrías hacer, deberías pensarlo y tomar una decisión más adelante”*.

5. **Desacredita o minimiza el punto de vista del paciente sobre lo que es real o valioso.** Terapeuta: *“Tú estás equivocado, eres demasiado joven para entender los problemas de los adultos”.*
6. **Interrumpe el fluir de ideas y sentimientos del paciente priorizando sus necesidades personales a las del paciente.** Terapeuta: *“Si espere que yo primero quisiera decirle algo...”* O, cuando un paciente que necesita descargar su carga de desdicha es interrumpido por el terapeuta cambiando de tema o haciéndole preguntas.
7. **Viola las expectativas de confianza del paciente:**
  - no lo atiende por teléfono cuando previamente acordó hacerlo,
  - no asistió a la entrevista y no avisó,
  - ventiló información confidencial.

8. **Se pone a la defensiva y se enoja por la expresión de ideas o sentimientos del paciente.** Es común que, el terapeuta transmita su hostilidad en forma analógica a través de los gestos, de su mirada, su postura corporal y también de una manera más sutil pero poderosa, por medio de la entonación de la voz (elevar el tono de la voz).

Strup y Binder (1997) encontraron que, aún en una muestra de terapeutas expertos y exitosos, ninguno era capaz de manejar el enojo del paciente con eficacia y sin ponerse a la defensiva.

# Intervenciones positivas

Diversos procedimientos han sido diseñados (Beutler et al.) para promover las conductas prescriptas e inhibir al mismo tiempo las conductas proscriptas. Básicamente se describen cuatro, y son los siguientes:

1. **El reflejo.**
2. **Sintetizar.**
3. **El reconocimiento.**
4. **El dar apoyo.**

**El reflejo** es un procedimiento terapéutico inicialmente propuesto por Rogers, para inducir conciencia de los estados emocionales y para transmitir empatía. Consiste en identificar y clasificar, sin juzgar, los sentimientos que subyacen a los comentarios explícitos del paciente.

Dentro de esos estados emocionales negativos se incluyen los siguientes:

- Tristeza.
- Enojo.
- Miedo.
- Disgusto.

Variaciones y mezclas de estas emociones primarias incluyen:

- Dolor (enojo y tristeza).
- Celos (miedo y enojo).
- Ira (enojo y disgusto).
- Depresión (enojo y tristeza).
- Irritación (disgusto y enojo).

Tanto en el lenguaje del paciente como en la respuesta del terapeuta, es importante diferenciar pensamientos de sentimientos. Un pensamiento o interpretación puede distinguirse de un sentimiento por medio de dos pruebas:

1. Se puede insertar con lógica la palabra “que” delante del sentimiento.
2. Se puede cambiar la palabra “pienso” por “siento” sin cambiar el significado. Asimismo, un terapeuta que responde, “te sientes abusado” está reflejando. Uno que dice “han abusado de ti” o, “sientes (crees) que han abusado de ti”, está interpretando.

**Sintetizar** es un procedimiento que simplemente clarifica y resume la respuesta verbal del paciente. No provee nada nuevo a los comentarios del paciente, y se utiliza específicamente para incentivar la sensación de haber sido comprendido, a nivel intelectual. Transmite una actitud de atención y confirma que el terapeuta está escuchando.

**El reconocimiento** es un comentario específicamente diseñado por el terapeuta para la validar lo que el paciente dice y a él mismo como persona. De este modo, transmite más directamente las creencias y valores del terapeuta que el reflejar o sintetizar.

**El dar apoyo** es un tipo de comentario diseñado para tranquilizar y reducir la ansiedad anticipatoria de manera inmediata. Ofrece estructura, predice consecuencias positivas, y lleva a remitir logros pasados.

También expresa el deseo y optimismo del terapeuta de ayudar al paciente a lograr los objetivos del tratamiento y optimismo de que el paciente podrá hacerlo. A partir de este proceso, se reduce la ansiedad asociada a la incertidumbre y se instaura la percepción de que el terapeuta es confiable, seguro y está a disposición.

# Bibliografía

1. Bordin, E. S. (2020). **The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance.** *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
2. Gelso, C. J., & Samstag, L. W. (2021). **The therapeutic relationship in psychotherapy: The heart of the matter.** *Psychotherapy*, 58(2), 143-155.
3. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). **Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices.** *Psychotherapy*, 56(4), 495-507.
4. Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2022). **Alliance in individual psychotherapy.** *Psychotherapy*, 59(1), 10-20.
5. Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2020). **The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work** (2nd ed.). Routledge.

6. Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2018). **Emotion-focused therapy for depression.** American Psychological Association.
7. Teyber, E., & McClure, F. H. (2021). **Interpersonal process in therapy: An integrative model** (7th ed.). Cengage Learning.
8. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2021). **Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide.** *Psychotherapy, 58*(3), 248-260.
9. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2018). **The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy.** Routledge.
10. Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (2020). **Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality.** Gestalt Journal Press.