

**Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas**

VI Congreso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas: “Terapias cognitivas en Latinoamérica: Un paradigma en acción” 5, 6 y 7 de mayo. Buenos Aires, Argentina.

**Conferencia: “Entrecruzamiento en la relación terapeuta-paciente,  
¿Una variable manejable desde el enfoque cognitivo?”**

Lic. Sara Baringoltz

Directora del Centro de Terapia Cognitiva

Muchos terapeutas creemos a veces que el significado que estamos atribuyendo a lo que un paciente nos está relatando es el correcto. Si bien necesitamos cierta confianza para actuar, por otro lado necesitamos ser conscientes de nuestros sesgos. Entiendo por sesgo la mirada recortada y selectiva que todos tenemos, y de la que no se salvan ni los terapeutas, ni los científicos que desarrollan sus experimentos tratando de controlar esta difícil variable.

Para tomar un ejemplo llamativo: la Antártida que contiene la mayor parte del hielo del planeta. La información científica predominante que nos llega y que muchos creemos es “la Antártida está fundiéndose”. Sin embargo esta información está distorsionada ya que pareciera que una zona relativamente pequeña llamada península Antártica está deshelándose y que de ella se desprenden grandes icebergs. Pero el continente es su conjunto está enfriándose y el grosor del hielo es cada vez mayor.

*“La temperatura en la península Antártica ha aumentado varios grados mientras el interior presenta cierto enfriamiento. Las cornisas de hielo han retrocedido pero el hielo marino se ha incrementado.”<sup>1</sup>*

O sea que el sesgo de los científicos, el sesgo de los grupos ambientalistas versus el de los grupos de interés industrial y el sesgo que transmite la difusión de la información, hace a veces muy difícil saber dónde estamos parados.

Si esto es un problema en áreas como la climatología, qué habríamos de esperar en la psicología experimental y en la psicología aplicada.

Si nos enfocamos en la práctica psicoterapéutica podemos pensar que:

El entrecruzamiento terapeuta-paciente en el que se juegan los sesgos de cada uno es una variable muy difícil de manejar, pero si es posible desarrollar habilidades de afrontamiento que enriquecen la labor.

Estamos hablando de factores inespecíficos que se refieren a factores comunes a todas las formas de psicoterapia, pero cuyo afrontamiento puede implicar la implementación de recursos desde el enfoque cognitivo.

Es fundamental en el análisis de este tema considerar el trabajo “La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores

<sup>1</sup> Thompson, D.W. y Solomon, S.: “Interpretación del reciente cambio climático en el hemisferio sur” Science 296: 895-899, año 2002.

comunes a las psicoterapias”<sup>2</sup>, trabajo publicado en el 2004 por Waizmann, Etchebarne y Roussos, del cual tomaré algunas conclusiones.

*“Se puede decir que si bien la orientación teórica tiene un fuerte impacto en el modo en que los terapeutas piensan a sus pacientes y trabajan con ellos, existen características personales en cada terapeuta presentes en el proceso psicoterapéutico que influyen en el proceso inferencial y por lo tanto en las intervenciones clínicas”.*

Los autores de este trabajo están desarrollando investigaciones que abordan el fenómeno de las intervenciones en tratamientos psicoterapéuticos de dos marcos teóricos distintos: cognitivo y psicoanalítico.

*“La relación entre las intervenciones y los factores comunes a la psicoterapia toma distinta forma en cada terapéutica. En el marco teórico psicoanalítico por ejemplo, el factor común relación terapéutica se lee a través de la transferencia (...) en la interpretación transferencial se vinculan los factores técnicos y los comunes a las distintas psicoterapias. Dentro de la psicoterapia cognitiva la relación terapéutica puede ser observada en el trabajo conjunto y de colaboración mutua en la realización de las intervenciones.”*

Me parece interesante partir del concepto psicoanalítico de transferencia y contratransferencia, con el objetivo de dilucidar su alcance y diferencias con algunas conceptualizaciones cognitivas que estamos desarrollando sobre este tema central de la relación terapeuta-paciente.

La transferencia, según Laplanche y Pontalis, es un proceso a través del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos en el cuadro de un cierto tipo de relación establecida entre ellos, es decir en el marco de la relación analítica. Es una repetición de prototipos infantiles y en este terreno se juega la problemática de la cura psicoanalítica. La contratransferencia es entendida como el conjunto de reacciones inconscientes del analista con la persona del analizado y más particularmente con la transferencia de este. Lía Ricón aclara en “Las psicoterapias” (2005)<sup>3</sup> sobre estas definiciones que *“Toda psicoterapia definido el concepto en este sentido, implica un intento de elaborar experiencias traumáticas infantiles a través de cierto nivel de regresión que lleva a un estado de gratificación real o fantaseada que ya no se tiene (...) las resistencias y la transferencia son los instrumentos principales de la cura psicoanalítica”.* Ricón (Op. Cit.) cita a Etchegoyen en su texto “Los fundamentos de la técnica psicoanalítica”: *“La transferencia está en todo pero no todo lo que está es transferencia”.* *“Al lado de la transferencia se encuentra siempre algo que no es transferencia, y a este algo lo vamos a llamar provisionalmente alianza terapéutica”.*

Desde el cognitivismo la teoría de la contratransferencia es recuperada por Safran y Segal<sup>4</sup> y por autores de la escuela italiana como Semerari<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> “La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias” por Waizmann, Vanina, Etchebarne, Ignacio y Roussos, Andrés; en Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. XIII, Nro 3, pp 233-244.

<sup>3</sup> Ricón, Lía: “Las psicoterapias. Pensadas a partir de lo posible”, Editorial Polemos, año 2005.

<sup>4</sup> Safran, Jeremy Y Segal, Zindel: “El proceso interpersonal en la terapia cognitiva”, Editorial Paidós, año 1990.

<sup>5</sup> Semerari, Antonio: “Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva”, Editorial Paidós, año 2002.

Safran y Segal sostienen que una fuente valiosa de información, a partir de la cual el terapeuta puede favorecer en el paciente la elaboración de las emociones, está constituida por las variaciones emocionales del propio terapeuta. Las señales emocionales subliminales, que indican la actitud emocional del paciente con respecto a la relación en curso, son elaboradas por el terapeuta fuera de la conciencia proposicional. El terapeuta puede así reconstruir la naturaleza del ciclo interpersonal en el que está involucrado, llegar a la comprensión del esquema interpersonal del paciente y ayudarlo a ser, a su vez, conciente. A partir de este punto pueden ser aplicadas las habituales técnicas cognitivas. La atención a la relación se vuelve crucial cuando aparece la ruptura de la alianza terapéutica.

Semerari por su parte considera que el paciente somete al terapeuta a continuas pruebas para valorar la fiabilidad y el grado de seguridad interpersonal que es capaz de garantizar. El paciente construye modelos de la forma de pensar del terapeuta y, en particular, del modo en que él mismo es percibido por aquel. Durante el proceso terapéutico, el paciente intentará asimilar los puntos de vista que atribuye al terapeuta y usarlos en la explicación y regulación de la propia conducta. Los pacientes van desarrollando en los intervalos entre las sesiones, diálogos imaginarios con el terapeuta. Así se van formando **neoestructuras terapéuticas** que incrementan las funciones metacognitivas (Semerari, 1996).

Qué más se podría agregar a lo ya planteado por todos estos autores y muchos más no citados en este trabajo. Yo agregaría: **múltiples entrecruzamientos** (Baringoltz) que abarcan los ya desarrollados y muchos más, configuran la complejidad de este factor inespecífico. Para citar algunos de estos entrecruzamientos:

- Estilo cognitivo del terapeuta y su interacción con el paciente (maternal, capaz de poner límites, afectuoso, rígido, etc).
- Entrecruzamiento de sesgos de terapeuta y paciente sobre temas específicos:
  - o Sexualidad
  - o Temas de género
  - o Religiosos
  - o Políticos
  - o Sociales
  - o Etcétera
- Temas profesionales entrecruzados con el rol profesional
  - o Institución en la que se trabaja
  - o Presiones laborales
  - o Honorarios
  - o Carga horaria excesiva
  - o Casos graves
  - o Etcétera
- Temas personales entrecruzados con el rol profesional:
  - o Crisis vital
  - o Problemas familiares
  - o Conflictos personales
  - o Rasgos de carácter
  - o Enfermedades
  - o Sistema de valores
  - o Etcétera

Estos múltiples entrecruzamientos

pueden facilitar el vínculo terapéutico y promover el cambio buscado

ó

pueden dificultar el vínculo terapéutico y obstaculizar el cambio buscado.

Entrecruzamientos que facilitarían el vínculo terapéutico pueden devenir en la famosa alianza terapéutica que tanto enfatizamos los cognitivos, sabiendo que la investigación muestra que

*“La cualidad de la alianza terapéutica es el predictor más fuerte en el éxito de los tratamientos”<sup>6</sup>*

Entrecruzamientos entre transferencia y contratransferencia y habilidad terapéutica para manejarlas son instrumentos fundamentales en los procesos de enfoque psicoanalítico. También pueden llegar a constituirse en obstáculos insalvables.

Desde el cognitivismo el tratamiento de la ruptura de la alianza terapéutica (Safran, 2000)<sup>7</sup> y la habilidad del terapeuta para afrontarla y resolverla constituye un tema fundamental, y a mí criterio se basa en múltiples entrecruzamientos que el terapeuta debe identificar analizando el ciclo interpersonal cognitivo. De esta manera se puede trabajar la relación terapéutica como un modelo habitual del paciente que se repite en su vida cotidiana.

En muchos casos las situaciones conducen no solo al área vincular con el paciente sino al desgaste del terapeuta, el tan mencionado síndrome de *burn out* del terapeuta.

En qué medida pueden los aportes cognitivos ayudar al terapeuta :

- Ser más consciente de estos entrecruzamientos
- Desarrollar habilidades de afrontamiento
- Cuidar su propia salud mental

Si bien la recomendación habitual para los terapeutas es: su propia terapia y la supervisión; quisiera hacer referencia a la utilización de algunas técnicas que provienen del cognitivismo y pueden ser usadas tanto en el espacio terapéutico o de supervisión, como en el espacio de la autorreflexión.

### **Agenda del terapeuta**

Revisar semanalmente la agenda de trabajo. En este caso no poner el acento en el orden horario. Focalizar en cada paciente. Dedicar un tiempo a evaluar aspectos como:

- Qué pacientes me provocan placer por el reencuentro, cuáles malestar, a quiénes considero pacientes fáciles o difíciles, etc.
- Qué pacientes considero que están trabajando bien en terapia, logrando cambios. Cuáles tienen procesos lentos pero buenos. Cuáles están estables y evalúo que estarían peor sin terapia.
- Qué pacientes me provocan: preocupación excesiva, ansiedad, rechazo, sobreinvolucramiento, bronca, dificultad para poner límites, desorientación confusión, etc.

<sup>6</sup> Alexander y Luborsky, 1986; Hovarth, Gaston y Luborsky, 1993; Hovarth y Greenberg, 1994; Hovarth y Symmonds, 1991; Orlinsky, Grave y Parks, 1994)

<sup>7</sup> Safran, Jeremy: “Negociando la alianza terapéutica”, Editorial Guilford Press, año 2000.

- Qué otros temas están incidiendo en mi trabajo terapéutico y en mi estado personal: presiones laborales, exceso de trabajo, falta de trabajo, trabajo mal remunerado, incidencia de necesidades económicas, conflictos en mi vida personal, etc.
- Cuáles son mis esquemas predominantes que determinan mi relación con lo profesional, o que se activan frente a determinados pacientes, manifestado en creencias tales como:
  - “Si no logro que este paciente alcance los objetivos terapéuticos propuestos en 20 sesiones debo considerar que estoy fracasando.”
  - “Tengo que responder a lo que me exige la prestadora pero también lo que me demanda el paciente.”
  - “No le puedo poner límites, me siento manejado y débil.”
  - “Necesito que los pacientes no se vayan porque tengo necesidades económicas y además me sentiría ineficaz.”

Estas técnicas permiten identificar problemáticas que habitualmente uno elude, por el nivel de compromiso personal que significa focalizar en estos temas. Tampoco nos permitimos hablar frente a otros profesionales ya que resulta muy difícil abrir estos tópicos por el nivel de exposición que implican.

### **Técnica de registro**

Una vez identificadas la/las situaciones problemáticas para el terapeuta, es recomendable que se sienta con lápiz y papel, y registre en forma más analítica:

Situación	Emoción/es	Pensamientos	Conductas	Alternativas
Una paciente a la que se le ha detectado un tumor maligno y está faltando. La paciente está desbordada.	Mucha angustia.	¿Cuánto tendrá de vida? ¿Soy yo la persona para ayudarla en este momento? Tendría que llamar a la familia.	Dificultad para llamarla por teléfono. Mantengo su hora sin saber si va a venir.	Concretar las llamadas telefónicas con ella o con un familiar. Afrontar con ella la situación de la terapia. Plantear la posibilidad de elegir un abordaje más específico. Ver tema de medicación para el desborde de ansiedad.

Este ejemplo muestra el entrecruzamiento entre una paciente que atraviesa una situación de enfermedad grave manejada con gran desborde de ansiedad y evitación, y un terapeuta al que se le activan: pensamientos de incapacidad para esta situación,

emociones como la angustia y conductas evitativas. Las alternativas pueden ayudar al terapeuta a salir de la parálisis y visualizar otras posibilidades.

### Uso de metáforas

El uso de metáforas que reflejen la relación paciente-terapeuta puede ser muy útil a la hora de identificar el problema, ya que constituyen una excelente síntesis del entrecruzamiento entre la problemática del paciente y la situación del terapeuta.

*Pelotita de ping pong:* Paciente que no sabe lo que quiere y depende de lo que le dicen distintos miembros de la familia. Terapeuta que no sabe cómo parar el juego, y él mismo se siente también pelotita de ping pong.

*Lata de coca-cola aplastada:* Paciente que se siente rígido y aplastado por lo cotidiano. Terapeuta que le cuesta encontrar puertas para lograr en el paciente mayor flexibilización.

Las metáforas pueden aparecer en la sesión terapéutica: traídas por el paciente, traídas por el terapeuta o por ambos.

Tienen una enorme riqueza en su síntesis tanto para visualizar al paciente, como para que el terapeuta se pregunte sobre su rol: sus posibilidades y dificultades.

### Diálogo socrático

En la terapia cognitiva es habitual que el terapeuta utilice preguntas que tienen por objeto guiar el proceso de descubrimiento. La idea es que el paciente pueda aclararse y desentrañar sus procesos cognitivos y alcanzar, como en la mayéutica socrática, los recursos ya presentes potencialmente.

Esta técnica puede ser perfectamente utilizada por el terapeuta haciendo un diálogo consigo mismo, o con otros en grupos de supervisión que utilicen esta técnica.

Ejemplo de un grupo de supervisión:

**Terapeuta** - Me siento muy mal porque tengo varios pacientes que he atendido en su infancia, y ahora varios años después vuelven a consultarme.

**Otro terapeuta** - ¿Sobre los mismos motivos de consulta?

**Terapeuta** - No, sobre otros motivos.

**Otro terapeuta** - ¿Y qué te hace sentir mal?

**Terapeuta** - Si vuelven es porque no trabajo bien, no se solucionaron los problemas.

**Otro terapeuta** - Pero vuelven por otros problemas.

**Otro terapeuta** - Si a mí me pasara pensaría que vuelven porque han considerado que la terapia fue exitosa y tienen confianza en mí.

En los grupos de supervisión es claro que los “otros” hacen de abogado del diablo frente a las creencias del terapeuta y simultáneamente presentan alternativas a la forma de ver el problema del terapeuta, lo cual también constituye una perturbación positiva, ya que no es desde la crítica sino desde su aporte colaborativo.

Cabe señalar que es muy importante que las supervisiones no traten solo el caso a supervisar (diagnóstico, pronósticos, tratamiento) sino estos esquemas del terapeuta que influyen constantemente en la relación con el paciente y consigo mismo.

Es destacable que los terapeutas que se animan a involucrarse enfrentando sus creencias abriéndose a sí mismos y a los demás en los ámbitos adecuados, y pueden permitir que los otros las perturben mostrando alternativas tienen mayores posibilidades

de abrir su campo de conciencia a los múltiples entrecruzamientos de la relación terapéutica. Por lo tanto tienen también mayor capacidad de identificar, focalizar y afrontar esta variable. De esta manera es posible agregar a la formación teórica y técnica, la riqueza del ser humano en su conciencia relacional.